FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE N° 16

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Lucien ALTENBACH

Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale
Ancien Interne de l'Hôpital Prince-Albert, à Monaco

L'ENFANT PEUT-IL MOURIR

PENDANT LE TRAVAIL

Sans expulser son Méconium ?

Président : M. PINARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1912

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1912

THÈSE

N° 16

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Lucien ALTENBACH

Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale
Ancien Interne de l'Hôpital Prince-Albert, à Monaco

L'ENFANT PEUT-IL MOURIR

PENDANT LE TRAVAIL

Sans expulser son Méconium ?

Président : M. PINARD, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DESSAIGNE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM

BALTHAZARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BERNARD	GOUGEROT	LERI	RETTERER
BRANCA	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BRINDEAU	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BROCA (A.)	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIÈRE
BRUMPT	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CAMUS	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CARNOT	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
CLAUDE	LECENE	OMBREDANNE	
COUVELAIRE	LENORMANT	PROUST	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

Professeur de Clinique obstétricale et gynécologique
à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine

M. le Professeur Pinard a bien voulu présider cette thèse, dont il avait déjà eu l'amabilité de nous donner lui-même le sujet. Nous l'en remercions vivement. Nous garderons toujours dans notre mémoire le souvenir de ses leçons cliniques si claires et si pleines d'enseignement, de ses conseils et de la ligne de conduite qu'il nous a tracée sans relâche, afin d'affronter la vie médicale avec des armes sûres et de lutter pour protéger la mère et l'enfant. Qu'il nous permette, à la fin de nos études médicales, de lui adresser l'expression de notre respectueuse affection et de notre profonde reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

HOPITAL LARIBOISIÈRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEBILEAU

Chirurgien des Hôpitaux

CLINIQUE BAUDELOCQUE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROCA

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-L. FAURE

Chirurgien des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALLICH

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHOTTE

Ancien chef de Clinique à la Faculté

MONSIEUR LE DOCTEUR R. LACASSE

Ancien chef de Clinique à la Faculté

HOPITAL DE MONACO

MONSIEUR LE DOCTEUR DU CAZAL

Ancien médecin chef de l'Hôpital Prince-Albert

MONSIEUR LE DOCTEUR CAILLAUX

Chirurgien à l'Hôpital Prince-Albert

MONSIEUR LE DOCTEUR MARSAN

Médecin à l'Hôpital Prince-Albert

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BLANCHARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Médecin des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROGER

Médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JANSELME

Médecin des Hôpitaux

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WURTZ

Médecin des Hôpitaux

L'ENFANT PEUT-IL MOURIR

PENDANT LE TRAVAIL

Sans expulser son Méconium ?

EXPOSE

Frappé par ce fait, constaté par lui plusieurs fois déjà, que, dans une observation qu'on lui présentait, le liquide amniotique était resté opalescent malgré la mort du fœtus pendant le travail, M. le professeur Pinard nous demanda de rechercher dans les observations de la clinique Baudelocque combien nous trouverions de cas semblables ; il serait alors facile de conclure que cette règle : « L'enfant qui souffre pendant le travail expulse son méconium » est absolue ou souffre des exceptions.

Voilà l'objet de notre thèse.

Nos recherches ont porté sur vingt et une années d'exercice de la clinique Baudelocque, de 1890 à 1911, soit 45.310 observations ; il serait difficile de trouver plus riche collection d'observations, surtout quand le même maître a présidé à leur rédaction et les a

discutées une à une devant ses élèves, afin de leur faire comprendre que l'art de l'accoucheur ne s'apprend pas dans des précis d'obstétrique, mais seulement dans le livre de la nature qu'il ouvrait devant eux.

Nous avons divisé ce travail en quatre parties :

1° Quelques généralités sur le méconium et les principaux cas de mort de l'enfant pendant le travail ;

2° Les tableaux de tous les cas de mort de l'enfant pendant le travail que nous avons rencontrés à la clinique Baudelocque ;

3° La discussion de ces cas ;

4° Quelques-unes des observations où le liquide amniotique est resté opalescent malgré la mort de l'enfant.

« Tant que le liquide amniotique garde ses caractères physiologiques, on peut être sûr que le fœtus ne souffre pas. Dès le début de la souffrance du fœtus, celui-ci rend son méconium et le liquide amniotique se teinte en vert. » Voici la règle que nous enseignent nos maîtres et que l'on trouve dans tous les livres d'accouchement. Cette règle souffre-t-elle des exceptions ? C'est ce que nous rechercherons au cours de ce travail. Mais auparavant, il nous paraît rationnel d'étudier, d'une part, le méconium et, d'autre part, les cas dans lesquels l'enfant peut souffrir et mourir pendant le travail.

LE MÉCONIUM

Le méconium est une matière poisseuse, brun vert, rappelant le savon noir, qui est contenue dans l'intestin de l'enfant avant sa naissance. Il en est expulsé pendant les premiers jours de la vie ou pendant le travail dans quelques circonstances particulières.

Il est composé de tous les produits de desquamation de l'intestin, de graisse, de mucus, des matières colorantes de la bile. Aseptique pendant la vie intra-utérine, il ne peut pas se putréfier ; mais, de suite après la naissance, l'intestin de l'enfant et ses produits s'ensemencent par la bouche et l'anus.

Il commence à s'accumuler dans l'intestin grêle dès que la muqueuse intestinale est organisée ; c'est pourquoi on en trouve dès les premiers mois de la vie. Cependant, le gros intestin n'en contient qu'à partir du milieu de la grossesse.

Son origine est donc la conséquence du fonctionnement de la muqueuse intestinale, de ses glandes ainsi que des organes dont le tube excréteur s'abouche dans sa cavité.

Son rôle est nul au point de vue fonctionnel, ce n'est qu'un produit excrémentiel.

Il est en général rendu à partir de la naissance et dans les trois ou quatre jours qui suivent, la quantité varie de 120 à 150 grammes ; elle est proportionnelle à la grosseur de l'enfant. C'est sa perte qui est en grande partie la cause de la diminution de poids constatée pendant les premiers jours ; aussi, les gros enfants diminuent-ils plus que les petits.

Pur, tant que l'enfant n'a pas tété, le méconium est ensuite mélangé aux selles, auxquelles il communique un aspect sale et goudronneux.

Cependant, il existe des cas où son expulsion commence pendant le travail, et son apparition peut être soit un fait physiologique, soit un fait pathologique. C'est ainsi qu'à partir de l'engagement, dans la présentation du siège, quand la dilatation est commencée et surtout pendant la période d'expulsion, l'abdomen de l'enfant, serré par les parois du bassin et de l'utérus, expulse mécaniquement le contenu de l'intestin ; la seule présence du méconium, sans modification des bruits du cœur, ne sera donc pas une indication d'intervenir, dans les présentations du siège.

Mais dans toutes les autres présentations, le méconium ne devra pas apparaître pendant le travail, et la coloration qu'il communiquera au liquide amniotique sera toujours le signe d'une souffrance de l'enfant.

A l'état normal, le liquide amniotique est analogue à de la sérosité et opalescent ; d'origine maternelle et fœtale, puisqu'il représente les produits

d'excrétion sudorale et urinaire de l'enfant, il est essentiellement formé d'eau, contenant de nombreux sels, surtout alcalins, et de l'albumine ; en outre, il tient en suspension des fragments de *vernix caseosa*, enduit sébacé du fœtus,

Quand la circulation fœto-placentaire est gênée ou supprimée, par exemple par une compression du cordon dans une procidence ou un procubitus, ou par des contractions trop répétées ou trop longues de l'utérus, deux phénomènes se produisent immédiatement : l'enfant fait des mouvements respiratoires prématurés, et le rectum expulse le méconium. On en est averti par la sortie du liquide amniotique teinté en vert plus ou moins foncé, comparable quelquefois à de la purée de pois. De plus, l'auscultation révèle un trouble dans le rythme des pulsations fœtales ; celles-ci sont ralenties, irrégulières et moins bien perçues par l'oreille de l'accoucheur. C'est alors qu'une intervention est nécessaire ; l'accouchement doit être terminé le plus tôt possible, car la vie de l'enfant est en danger.

Cette modification du liquide amniotique, symptomatique de la souffrance du fœtus, peut se produire alors que l'œuf est intact, et ne se déceler qu'à la rupture des membranes ; elle n'implique pas toujours alors que le fœtus souffre en ce moment, mais seulement qu'il a souffert.

PRINCIPAUX CAS

OU L'ENFANT PEUT MOURIR PENDANT LE TRAVAIL

Nous n'étudierons pas dans ce chapitre tous les cas où l'enfant peut mourir pendant le travail, car tel n'est pas l'objet de notre thèse, mais seulement les principaux cas rencontrés dans les observations que nous avons recueillies à la clinique Baudelocque.

Brièveté du cordon

A terme, le cordon ombilical mesure, en moyenne, 45 à 60 centimètres ; chaque fois que ses dimensions sont inférieures à 45 centimètres, on dit qu'il y a brièveté du cordon.

Naturelle ou accidentelle, dans ce cas elle est due à un enroulement du cordon autour d'un membre, du cou ou du tronc du fœtus, la brièveté du cordon pent être, pendant l'accouchement, la cause de la lenteur du travail, des présentations vicieuses, de l'inversion utérine, du décollement du placenta, et de la rupture du cordon, surtout dans

les présentations du siège, quand le fœtus est à cheval sur lui et qu'on exerce des tractions sur les pieds. D'où, nombreux dangers de mort pour le fœtus pendant le travail.

Circulaires du cordon

Il est fréquent que le cordon soit enroulé autour du corps, le plus souvent au niveau du cou, formant ainsi un ou plusieurs circulaires ; ceux-ci peuvent être souples, lâches ou serrés. Les circulaires souples n'ont, en général, aucun effet nuisible pour l'enfant, car ils sont très facilement dégagés au moment de l'expulsion du fœtus ; cependant, dans la présentation de la face, lorsque la tête fœtale accentue sa déflexion, ils peuvent être comprimés dans le sillon de la nuque, entre l'occiput et le dos, et occasionner la mort du fœtus. Les circulaires lâches, eux, peuvent être une cause de dangers au moment de l'expulsion ; la contraction utérine fait descendre l'anse lâche entre la tête fœtale et le bassin maternel, le cordon est comprimé et la vie du fœtus compromise. Les circulaires serrés sont les plus dangereux ; pendant le travail, ils peuvent mettre obstacle à la progression de la tête ; ils peuvent, au moment où la tête est expulsée et qu'on veut procéder au dégagement, s'opposer à la manœuvre habituelle et provoquer la rupture du cordon ; d'ailleurs, cette rupture peut aussi se produire spontanément par

suite de la contraction utérine et des efforts d'expulsion, ou pendant une extraction par le forceps, ou une extraction par le siège ; cette rupture du cordon produit une hémorragie qui peut être fatale à l'enfant.

Insertion vicieuse du cordon

Il y a insertion vicieuse du cordon, lorsque, le placenta empiétant sur le segment inférieur de l'utérus, le cordon s'insère sur le bord inférieur du placenta, que cette insertion soit marginale ou vélamenteuse ; l'insertion est d'autant plus vicieuse que le placenta est inséré plus bas.

L'insertion vicieuse du cordon prédispose aux procidences et peut les rendre irréductibles ; elle entraîne d'ailleurs, presque fatalement, même sans procidence, la compression du cordon au moment où la tête fœtale prend contact, en progressant, avec le bord inférieur du placenta, et cette compression entraîne des troubles funiculaires qui peuvent être mortels pour le fœtus.

Procidence et procubitus du cordon

On dit qu'il y a procidence quand le cordon précède, procubitus quand le cordon accompagne la partie fœtale qui se présente. Outre les cas d'insertion basse du placenta, la procidence ou le procu-

bitus se produit quand il y a un défaut quelconque d'accommodation capable de créer entre la présentation et la paroi pelvi-génitale un espace vide où pourra glisser la tige funiculaire. La procidence du cordon, quelqu'en soit la variété, est un accident toujours grave, en raison des troubles circulatoires dus à la compression du cordon, et la vie du fœtus est sérieusement compromise.

Cet accident est surtout fatal au fœtus dans trois circonstances : 1° lorsqu'il se produit au début du travail, car, ou il est méconnu, et la compression du cordon risque d'être longue et nuisible en raison de sa durée, ou il est reconnu, mais les conditions d'intervention sont moins favorables qu'elles ne le deviendront à un stade plus avancé du travail, et le succès reste incertain ; 2° lorsque les membranes sont rompues et que les conditions d'extraction artificielle du fœtus ne sont pas encore réalisées à cause de la dilatation incomplète du col ; en ce cas, la compression du cordon est généralement considérable d'emblée, donc rapidement mortelle pour l'enfant ; 3° lorsque cet accident passe inaperçu ; c'est ce qui arrive surtout dans les cas de procubitus, alors que le cordon ne descend pas au-dessous de la grande circonférence de la présentation, et, par conséquent, est inacessible au doigt qui touche.

Les symptômes essentiels de la procidence du cordon sont donnés par l'auscultation et le toucher, et ces moyens d'investigation devront toujours se corroborer l'un l'autre.

En raison du danger qui en résulte pour l'enfant, toute procidence du cordon, reconnue pendant le travail, commande l'intervention, quelle que soit la dilatation du col et quel que soit l'état des membranes.

Hémorragie rétro-placentaire

C'est un accident assez rare, et les causes qui le déterminent sont aujourd'hui bien connues. Un traumatisme extérieur, portant sur un point correspondant à l'insertion du placenta, amène le décollement de celui-ci à ce niveau ; mais, ce cas est exceptionnel. Le traumatisme utérin, représenté par le tiraillement du placenta par le cordon ombilical, naturellement ou accidentellement trop court, a une toute autre importance ; ce tiraillement est le fait ou d'un violent mouvement actif du fœtus, ou d'un déplacement passif brusque de l'enfant, provoqué par un grand mouvement de la mère. Mais la cause la plus fréquente de l'hémorragie rétro-placentaire est l'albuminurie de la mère, et ceci à cause des hémorragies intra-cotylédonaires qui amorcent le décollement placentaire.

L'auscultation fœtale est presque toujours négative, car le décollement placentaire est le plus souvent assez considérable pour tuer brusquement l'enfant ; c'est assez dire, que, pour ce dernier, le pronostic de l'hémorragie rétro-placentaire est extrêmement grave.

Insertion basse du placenta

Il y a insertion basse ou vicieuse du placenta chaque fois que le gâteau placentaire s'insère en totalité ou en partie sur le segment inférieur de l'utérus. Plus fréquente chez les multipares que chez les primipares, l'insertion basse du placenta peut être partielle ou totale, mais surtout latérale ou marginale. Pendant la grossesse, la distension localisée exagérée du segment inférieur et le tiraillement des membranes intactes qui en résulte, provoquent le décollement de la languette placentaire ; à la suite de celle-ci, se produisent des hémorragies silencieuses, à répétition, et progressivement croissantes, surtout quand la femme travaille et se fatigue.

L'insertion du placenta sur le segment inférieur trouble souvent l'accommodation utéro-fœtale, d'où moins grande fréquence des présentations céphaliques, et presque toujours l'accommodation fœto-pelvienne, d'où défaut d'engagement ; de plus, les contractions utérines sont faibles et irrégulières, la dilatation du col se fait mal ; enfin, les contractions utérines et la poussée vers le segment inférieur de la partie fœtale qui se présente amènent une distension exagérée des membranes qui aboutit soit à une rupture précoce des membranes, soit à une hémorragie par décollement du placenta.

Aussi, le pronostic fœtal est-il très sombre ; et,

malgré le traitement rationnel, c'est-à-dire le repos absolu au lit de la mère pendant la grossesse et la rupture large des membranes en cas d'hémorragie importante, ou si le pouls de la mère s'accélère et arrive à 100 d'une façon permanente, la mortalité fœtale est de 3 o/o.

Anomalies de la contraction utérine

Excès des contractions utérines. — Cet excès se traduit par l'augmentation de l'intensité de chaque contraction, par leur durée exceptionnelle ou par leur fréquence telle, que les contractions arrivent à être subintrantes. Parfois elles font place à la contraction permanente, à la tétanisation ou à la rétraction de l'utérus.

Un tel état retentit gravement sur le fœtus en provoquant une gêne de la circulation placentaire, et sa vie est d'autant plus compromise que l'auscultation est presque impossible. Quant à la mère, elle court de grands risques de rupture utérine, pour peu que le bassin soit vicié.

Inertie utérine. — L'inertie utérine, au cours de l'accouchement, peut être primitive ou secondaire. Primitive, elle survient dès le début du travail et s'observe alors chez des femmes débilitées par quelque maladie. Secondaire, elle est la conséquence d'une cause locale : trop grande distension de l'uté-

rus, fibrome, travail trop long par suite de quelque obstacle à la sortie du fœtus. Les contractions utérines, d'abord fortes et rapprochées, s'espacent et deviennent faibles, parfois même elles cessent complètement ; le col, qui s'était dilaté, revient sur lui-même, et, dans ces conditions, le travail peut durer plusieurs jours ; aussi, la vie de l'enfant est-elle en danger, surtout à cause de l'infection amniotique qui éclatera d'autant plus facilement que les membranes seront rompues depuis plus longtemps.

Bassins viciés

De toutes les viciations pelviennes, nous ne parlerons que du bassin rachitique, car c'est celui que nous avons toujours rencontré dans les cas de mort du fœtus pendant le travail, à l'exception d'un bassin oblique oculaire ; et, ce que nous dirons des accidents du travail dus au premier cas peut s'appliquer aussi bien au second.

Qu'il soit annelé, applati et généralement rétréci, ou applati canaliculé, le bassin rachitique n'est pas un obstacle à la marche de la grossesse ; au contraire, l'absence d'accommodation pelvienne favorise son évolution jusqu'au terme en supprimant les facteurs pathogéniques habituels de l'accouchement prématuré.

Mais au moment du travail, le tableau change ; si la terminaison de l'accouchement est le plus souvent

heureuse et s'effectue par les seules forces de la nature dans les bassins rachitiques communément observés, il n'en est pas moins vrai qu'une intervention est nécessaire dans 25 o/o des cas ; et même, dans les accouchements spontanés, il arrive plus d'une fois que l'enfant meure pendant le travail.

L'absence d'engagement prédispose, dès le début du travail, à la procidence ou au procubitus du cordon, et l'on sait quels dangers cet accident fait courir à la vie de l'enfant.

La longueur du travail et la fréquence des contractions utérines troublent les conditions de la circulation placentaire et peuvent déterminer l'asphyxie du fœtus.

D'autre part, si le modelage de la tête du fœtus, nécessaire pour traverser le bassin, est habituellement sans inconvénient pour lui, autrement graves sont les enfoncements du frontal et du pariétal, possibles même dans l'accouchement spontané, la disjonction du pariétal et du temporal dans la suture écailleuse, la séparation des épiphyses de l'occipital, ainsi que les hémorragies méningées intra-craniennes et intra-rachidiennes qui les accompagnent.

Nous ne nous arrêterons pas aux cas de mort de l'enfant pendant le travail dans les présentations de l'épaule, de la face, du siège, dans les fibromes de

l'utérus, du vagin, etc., car nous tomberions dans des redites. En effet, la mort de l'enfant n'est pas due à la présentation elle-même ou à la présence d'une tumeur, mais tantôt à l'inertie, à la contraction ou à la rétraction de l'utérus qui en est la conséquence, tantôt à la compression d'une procidence du cordon ou à celle d'un circulaire, et nous avons déjà parlé de ces accidents dans les pages précédentes.

Mort de l'enfant pendant le travail dans les cas d'inertie ou de contracture utérine

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1897	994	Vert.	Impotence fonctionnelle de l'utérus.
1898	116	D'abord normal puis vert.	Non progression de la tête par inertie utérine. Application de forceps.
1900	1023	?	Impotence fonctionnelle de l'utérus. Rupture prématurée des membranes quatre jours avant le début du travail.
1901	182	Vert et fétide.	Longueur du travail par inertie utérine.
1902	1944	Vert.	Longueur de la période de dilatation.
1904	131	?	Rupture prématurée des membranes quinze jours avant le début du travail. Dilatation incomplète ; orifice utérin s'étant refermé sur le cou.
1905	602	D'abord normal puis vert.	Impotence fonctionnelle de l'utérus. Application de forceps.
1906	921	Teinté de méconium.	Utérus fibromateux. Impotence fonctionnelle pendant la période d'expulsion.
	2098	Vert purée.	Efforts expulsifs pendant douze heures avec une dilatation incomplète. Application de forceps pour souffrance du fœtus.
1907	399	D'abord opalescent puis vert	Impotence fonctionnelle de l'utérus. Défaut de progression. Application de forceps.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1910	207	Verdâtre.	Contractions utérines subintrantes.
	429	Vert.	Lenteur du travail par inertie utérine; durée : soixante-quatre heures quarante-cinq.
	609	Opalescent à la rupture des membranes.	Siège complet; orifice revenu sur lui-même enserrant le cou; manœuvre de Moriceau-Pinard impossible.
	1118	Opalescent à la rupture des membranes.	Rupture artificielle des membranes à la dilatation complète; orifice utérin revenu à 1 franc.
	1708	Opalescent à la rupture des membranes.	Tête retenue par l'orifice rétracté.

Mort de l'enfant pendant le travail dans les cas de circulaire, procidence, probicutus et insertion vicieuse du cordon

ANNÉE	N^{os}	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1890	59	Verdâtre.	Trois circulaires autour du cou. Bassin vicié.
	79	Mélangé de méconium.	Procidence du cordon impossible à réduire.
1891	396	Vert.	Un circulaire serré autour de cou. Siège décomplété mode des fesses.
	642	Vert.	Un circulaire serré autour du cou. Bassin vicié.
	908	Vert et épais.	Un circulaire très serré autour du cou. Application de forceps.
	1483	D'abord normal puis mélangé de sang.	Deux circulaires autour d'une jambe. Décollement prématuré du placenta et hémorragie avant l'expulsion.
1892	900	Vert et abondant.	Procidence du cordon. Application de forceps.
1893	558	Vert.	Un circulaire serré autour du cou.
1894	375	Verdâtre.	Procidence du cordon. Application de forceps.
1896	1870	Vert purée.	Procubitus méconnu. Application de forceps.
	2120	D'abord normal puis vert purée	Insertion marginale du cordon au niveau de la rupture des membranes, un circulaire serré autour du cou.
1897	689	Vert.	Procidence du cordon. Siège complet.

ANNÉE	N°s	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1897	912	Teinté de sang.	Un circulaire autour du tronc. Décollement prématuré du placenta; hémorragie grave pendant le travail.
	1664	Vert et épais.	Procidence du cordon.
	1803	Vert.	Procidence du cordon impossible à réduire.
1898	125	Verdâtre.	Procidence du cordon. Siège complet.
	798	Vert purée.	Un circulaire très serré autour du cou. Rupture prématurée des membranes.
	879	Verdâtre.	Procidence du cordon. Rupture prématurée des membranes.
	1193	Vert.	Insertion vicieuse du cordon. Enfant mort au début du travail.
1899	188	Vert.	Procidence du cordon : un circulaire autour du cou.
	1056	D'abord opalescent puis vert.	Procubitus du cordon. Rupture prématurée des membranes.
	1069	Teinté de sang.	Deux circulaires autour du cou. Décollement prématuré du placenta.
	1625	Vert.	Procubitus méconnu.
	1708	Teinté de méconium.	Procubitus du cordon.
	1745	Vert.	Procubitus du cordon. Rupture prématurée des membranes. Application de forceps en D. P.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1899	2439	Vert.	Insertion du cordon en raquette. Procubitus méconnu.
1900	1197	Vert purée.	Procidence du cordon.
	1516	D'abord opalescent puis verdâtre.	Deux circulaires autour du cou. Application de forceps.
1901	127	Vert.	Procidence du cordon impossible à réduire. Bassin rétréci.
	1134	Teinté de méconium.	Insertion vélamenteuse et procidence du cordon. Tentatives infructueuses de réduction.
1902	1341	Vert.	Procidence du cordon impossible à réduire.
	1632	Verdâtre.	Procidence du cordon. Enfant mort après une manœuvre maladroite.
1903	124	Vert.	Un circulaire très serré autour du cou.
	215	Verdâtre.	Deux circulaires serrés autour du cou. Application de forceps.
	809	Vert.	Procidence du cordon impossible à réduire.
	818	?	Procidence du cordon. Rupture prématurée des membranes six heures avant le début du travail.
	1231	Vert purée.	Quatre circulaires serrés autour du cou et un au bras droit.
1903	1740	Verdâtre.	Trois circulaires serrés autour du cou.

ANNÉE	N°	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
	1843	Teinté de méconium.	Insertion vicieuse et procidence du cordon.
1904	116	?	Deux circulaires serrés autour du cou. Rupture prématurée des membranes cent trente-deux heures avant le début du travail.
	1425	Vert.	Procidence du cordon. Siège complet.
1905	273	Verdâtre.	Insertion vicieuse du cordon.
	872	Vert.	Insertion vicieuse et procidence du cordon.
	1628	Vert.	Procidence du cordon.
1906	1326	Verdâtre.	Insertion vélamenteuse et procidence du cordon. Rupture prématurée des membranes. Siège complet.
	1525	Vert purée.	Insertion vicieuse et procidence du cordon au début du travail.
	1688	Vert purée.	Procidence du cordon.
	2011	D'abord opalescent puis vert.	Présentation de la face en M.I.D.P. Mort de l'enfant pendant le travail par compression d'un circulaire autour du cou.
	2122	Teinté de méconium.	Procidence du cordon.
1907	285	Vert purée.	Insertion vicieuse du cordon. Un circulaire serré autour du cou.
	436	Teinté de miconium.	Procidence du cordon.

ANNÉE	N°s	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
	1772	?	Insertion vicieuse et procidence du cordon. Rupture prématurée des membranes six heures avant le début du travail.
	1833	Vert purée.	Insertion vicieuse et procidence du cordon.
1908	2059	Vert.	Procidence du cordon impossible à réduire. Siège complet.
1909	524	Verdâtre.	Procidence du cordon.
	748	Teinté de méconium.	Procidence du cordon. Rupture prématurée des membranes. Application de forceps.
	1051	Opalescent, puis verdâtre.	Procidence du cordon. Siège décomplété mode des fesses.
	1056	Opalescent, puis vert.	Procidence du cordon.
	1144	Vert purée à la rupture des membranes.	Insertion vicieuse du cordon.
1910	306	Verdâtre.	Procidence du cordon.
	439	Vert.	Insertion vicieuse du cordon.
	1764	Verdâtre.	Brièveté du cordon.
1911	153	Teinté de méconium.	Insertion vicieuse du cordon. Rupture prématurée des membranes.
	539	D'abord opalescent puis vert.	Procidence du cordon impossible à réduire. Bassin annulé. Application de forceps.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
	549	Vert purée.	Procubitus du cordon. Application de forceps.
	700	D'abord normal puis vert.	Procidence du cordon. Version par manœuvres internes.
	898	Vert.	Insertion vicieuse du cordon. Application de forceps.
	1314	Vert.	Un circulaire serré autour du cou.

Mort de l'enfant pendant le travail dans les cas d'albuminurie et d'éclampsie avec ou sans hémorragie rétro-placentaire

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1893	377	?	Femme éclamptique amenée du dehors. Accouchement prématuré au huitième mois.
	1479	Verdâtre.	Albuminurie. Fœtus mort pendant l'extraction. Siège complet.
	1786	Vert.	Eclampsie. Accouchement prématuré au huitième mois.
1894	1211	Rougeâtre.	Albuminurie. Hémorragie pendant le travail. Décollement prématuré du placenta.
	1609	?	Femme éclamptique. Accouchement prématuré spontané.
1895	132	Verdâtre.	Albuminurie. Accouchement prématuré au septième mois. Hémorragie rétro-placentaire. Rupture artificielle des membranes avant dilatation complète.
	1598	Opalescent.	Albuminurie. Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragie rétro-placentaire. Rupture artificielle des membranes à dilatation de 2 francs. Introduction d'un ballon de Champetier.
1896	101	Vert.	Femme éclamptique. Accès pendant la grossesse et pendant le travail. Accouchement prématuré au septième mois.
	842	Vert purée.	Femme éclamptique. Application de forceps.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1898	72	Mélangé de sang.	Albuminurie. Hémorragie pendant le travail.
	823	Vert.	Albuminurie. Siège décomplété mode des fesses.
	1001	?	Crise d'éclampsie pendant le travail. Application de forceps.
	1180	Teinté de sang.	Albuminurie. Accouchement prématuré au neuvième mois. Hémorragie rétro-placentaire. Rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète. Introduction d'un ballon de Champetier.
1899	57	Teinté de sang.	Albuminurie. Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragie rétro-placentaire. Rupture des membranes avant la dilatation complète.
1900	1381	?	Albuminurie. Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragie rétro-placentaire.
	1919	Mélangé de sang.	Albuminurie. Décollement prématuré du placenta.
1903	2137	Vert.	Albuminurie. Accouchement prématuré à sept mois et demi. Hémorragie rétro-placentaire. Siège complet. Rupture des membranes avant dilatation complète. Introduction d'un ballon de Champetier.
1904	540	?	Albuminurie. Crises d'éclampsie au huitième mois. Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragie rétro-placentaire. Rupture

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
			artificielle des membranes avant dilatation complète. Introduction d'un ballon de Champetier.
1904	1226	Verdâtre.	Crises d'éclampsie pendant la grossesse. Accouchement prématuré au septième mois.
1907	228	Teinté de méconium.	Albuminurie. Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragie rétro-placentaire. Rupture artificielle des membranes avant dilatation complète.
1909	1719	?	Albuminurie. Accouchement prématuré au septième mois. Hémorragie rétro-placentaire. Rupture artificielle des membranes avant dilatation complète.

Mort de l'enfant pendant le travail dans les cas d'hémorragie rétro-placentaire sans albuminurie, et d'insertion basse du placenta avec hémorragie du travail

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1890	238	Normal.	Hémorragie rétro-placentaire au début du travail; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète; mensuration des membranes; 29/6.
	391	Normal et abondant.	Accouchement prématuré au neuvième mois; hémorragies à répétition à partir du huitième mois; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète; rétention des membranes.
1891	491	Normal.	Accouchement prématuré au septième mois; hémorragies abondantes à répétition à partir du sixième mois. Rupture artificielle des membranes avant dilatation complète; introduction d'un ballon de Champetier. Mensuration des membranes : 37/0.
	657	Vert.	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragie au début du travail; introduction d'un ballon de Champetier. Application de forceps à la vulve; mensuration des membranes : 37/2.
	851	Teinté de sang.	Accouchement prématuré au neuvième mois. Hémorragie au début du travail; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète; application de forceps; mensuration des membranes : 47/0.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1892	134	?	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragie au début du travail ; introduction d'un ballon de Champetier ; mensuration des membranes : 45/0.
	1197	Normal, un peu teinté de sang.	Accouchement prématuré au neuvième mois. Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; procidence du cordon ; mensuration des membranes : 24/0.
1893	516	?	Accouchement prématuré au neuvième mois. Hémorragies à répétition à partir du huitième mois ; procidence du cordon ; introduction d'un ballon de Champetier ; mensuration des membranes : 43/0.
1894	873	Normal et abondant.	Hémorragies à répétition à partir du septième mois : hydramnios ; procidence du cordon ; mensuration des membranes : 64/0.
1895	10	Vert à la rupture des membranes.	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragies à répétition à partir de la fin de la grossesse ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; application de forceps ; mensuration des membranes : 24/0.
1895	656	Normal.	Accouchement prématuré au septième mois. Hémorragies à répétition à partir du cinquième mois ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
			d'un ballon de Champetier ; version par manœuvres internes ; rétention des membranes.
	1521	Normal.	Accouchement prématuré au sixième mois. Hémorragies à répétition à partir du cinquième mois ; introduction d'un ballon de Champetier ; rétention des membranes.
1896	39	Mélangé de sang.	Accouchement prématuré au sixième mois. Hémorragies à répétition à partir du troisième mois ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; mensuration des membranes : 27/0.
	225	?	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragies à répétition à partir du quatrième mois ; introduction d'un ballon de Champetier ; version par manœuvres internes ; mensuration des membranes : 36/0.
	604	Normal.	Accouchement prématuré au neuvième mois. Hémorragies à répétition à partir du huitième mois ; hémorragie considérable pendant le travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; insertion vicieuse et procidence du cordon ; mensuration des membranes : 42/0.
	1462	Verdâtre.	Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; extrac-

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
			tion manuelle du placenta ; hystérectomie ; mensuration des membranes : 33/0.
	1738	Normal.	Accouchement prématuré au sixième mois. Hémorragie au début du travail ; mensuration des membranes : 21/0.
	2008	Mélangé de sang.	Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; version par manœuvres internes ; membranes déchirées.
	194	?	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragies à répétition à partir du septième mois ; introduction d'un ballon de Champetier ; version par manœuvres internes ; rétention partielle des membranes.
1897	1416	Vert à la rupture des membranes.	Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; mensuration des membranes : 36/2.
	1480	Normal.	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragies à répétition à la fin de la grossesse ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; rétention des membranes.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1898	71	Teinté de sang.	Hémorragie rétro-placentaire au début du travail ; introduction d'un ballon de Champetier ; basiotripsie ; rétention des membranes.
	502	Verdâtre.	Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; siège complet ; mensuration des membranes : 48/o.
1899	527	?	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragies à répétition à partir du septième mois ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; version par manœuvres internes ; mensuration des membranes : 46/o.
	2460	Normal.	Accouchement prématuré au sixième mois. Hémorragie au début du travail ; introduction d'un ballon de Champetier ; mensuration des membranes : 25/o.
1900	1238	Teinté de sang.	Accouchement prématuré au sixième mois. Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; rétention partielle des membranes.
1901	277	Teinté de sang.	Hémorragies à répétition à la fin de la grossesse ; rupture artificielle des membranes avant dilatation com-

ANNÉE	N°	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
			plète ; introduction d'un ballon de Champetier ; membranes déchirées.
1902	19	Opalescent.	Accouchement prématuré au septième mois. Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; mensuration des membranes : 29/0.
	1259	Opalescent.	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragies à répétition à partir du sixième mois ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; mensuration des membranes : 30/0.
1902	1610	Opalescent.	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragie à répétition à partir du sixième mois ; insertion vicieuse du cordon ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; application de forceps ; rétention des membranes.
1903	51	Opalescent.	Accouchement prématuré au sixième mois. Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; siège décomplété mode des fesses en D. T. ; mensuration des membranes : 28/0.
	306	Opalescent.	Accouchement prématuré au neuvième mois. Hémorragie à répéti-

ANNÉE	N°s	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
			tion à la fin de la grossesse ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; procidence du cordon ; mensuration des membranes : 39/o.
	1160	Verdâtre.	Accouchement prématuré au neuvième mois. Siège décomplété mode des fesses ; hémorragie au début du travail ; introduction d'un ballon de Champetier : membranes : 30/o.
	1428	Teinté de sang.	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragies à répétition à partir du septième mois ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; version par manœuvres internes ; rétention des membranes.
1904	624	?	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragies à répétition à partir du cinquième mois ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; rétention des membranes.
1905	752	Verdâtre.	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragies à répétition à la fin de la grossesse ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; mensuration des membranes : 36/o.
	853	Opalescent.	Hémorragies à répétition à partir du sixième mois ; rupture artificielle

ANNÉE	N°s	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
			des membranes avant dilatation complète ; mensuration des membranes : 39/0.
1905	866	?	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragies à répétition à partir du deuxième mois ; rupture prématurée et spontanée des membranes ; mensuration des membranes : 29/0.
	903	Rougeâtre.	Accouchement prématuré au neuvième mois. Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; mensuration des membranes : 41/0.
	1477	Opalescent.	Accouchement prématuré au septième mois. Hémorragies à répétition à partir du cinquième mois ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; rétention des membranes ; siège complet.
1906	633	?	Hémorragies à répétition à la fin de la grossesse, rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; version par manœuvres internes ; mensuration des membranes : 36/0.
	1365	Sanguinolent.	Hémorragies à répétition à partir du huitième mois ; insertion vicieuse et

ANNÉE	N°s	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
			procidence du cordon ; mensuration des membranes : 41/0.
	1525	Vert purée.	Hémorragies à répétition à partir du huitième mois ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; mensuration des membranes : 34/0.
	1906	Rosé.	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragies à répétition à la fin de la grossesse ; insertion vicieuse et procidence du cordon ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier : mensuration des membranes : 39/0.
1907	867	Teinté de sang.	Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; hydramnios ; application de forceps ; mensuration des membranes : 47/0.
	1274	Légèrement teinté de sang.	Hémorragies à répétition à la fin de la grossesse ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; mensuration des membranes : 31/4.
	1726	?	Hémorragie rétro-placentaire au début du travail ; rupture précoce des membranes ; mensuration des membranes : 32/5.
1908	153	Teinté de sang.	Accouchement prématuré au septième mois. Hémorragie rétro-placentaire au début du travail ; rup-

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
			ture artificielle des membranes avant dilatation complète ; siège incliné ; malformation utérine ; mensuration des membranes : 30/4.
1908	219	Teinté de sang.	Hémorragie rétro-placentaire au début du travail ; insertion vilamenteuse du cordon ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; mensuration des membranes : 30/6.
	382	Teinté de méconium.	Hémorragie au début du travail ; rupture prématurée des membranes une heure avant le début du travail ; procidence du cordon ; introduction d'un ballon de Champetier ; mensuration des membranes : 36/4.
	1901	Sanguinolent.	Accouchement prématuré au neuvième mois. Hémorragies à répétition à partir du septième mois ; rupture artificielle des membranes avant la dilatation complète ; mensuration des membranes : 23/0.
1909	1129	Opalescent.	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; rétention partielle des membranes.
	1652	Rosé.	Hémorragies à répétition à partir du huitième mois ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; siège décomplété mode des fesses ; mensuration des membranes : 41/0.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTQUE	PARTICULARITÉS
1910	455	Verdâtre à la rupture des membranes.	Hémorragie au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; procidence du cordon ; introduction d'un ballon de Champetier ; siège complet ; perforation de la tête dernière ; rétention des membranes.
	1173	Opalescent.	Hémorragie rétro-placentaire au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; mensuration des membranes : 32/7.
	1177	Rosé.	Accouchement prématuré au huitième mois. Hémorragie rétro-placentaire au début du travail ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; introduction d'un ballon de Champetier ; mensuration des membranes : 31/4.
1911	265	Teinté de sang.	Hémorragies à répétition à partir du septième mois ; rupture artificielle des membranes avant dilatation complète ; siège complet incliné ; membranes déchirées.

Mort de l'enfant pendant le travail dans les cas de bassin vicié, et d'insertion basse du placenta sans hémorragie

ANNÉE	N°s	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1890	903	Vert.	Bassin rétréci. Présentation du plan latéral gauche. Basiotripsie.
	1071	Teinté de méconium.	Bassin rétréci. Application de forceps. Basiotripsie.
1892	1155	Verdâtre.	Bassin vicié. Promontoire très bas. Application de forceps.
1893	128	Vert et épais.	Bassin annelé. Rupture prématurée des membranes.
1894	609	Vert purée.	Bassin vicié. Symphyséotomie.
1895	869	Vert.	Bassin rétréci. Rupture prématurée des membranes. Accouchement spontané.
	966	Vert.	Insertion basse du placenta. Présentation de l'épaule. Embryotomie.
	1322	Vert purée.	Bassin vicié. Symphyséotomie. Version par manœuvres internes.
1896	83	Vert purée.	Bassin rétréci. Symphyséotomie. Enfant mort pendant l'extraction.
	1462	Verdâtre.	Insertion du placenta sur le segment inférieur.
	2031	Vert purée.	Insertion basse du placenta. Procidence du cordon.
	2033	D'abord normal puis vert.	Insertion basse du placenta. Insertion marginale et procidence du cordon. Siège complet.

ANNÉE	N°	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1896	2120	Vert purée.	Insertion basse du placenta. Insertion vicieuse du cordon au niveau de la rupture des membranes. Un circulaire autour du cou.
1898	685	Verdâtre.	Insertion basse du placenta. Siège complet.
	1166	Vert et épais.	Insertion du placenta sur le segment inférieur et insertion vicieuse du cordon.
1900	2320	Vert.	Bassin rétréci. Siège décomplété mode des fesses.
1901	241	Teinté de méconium.	Insertion du placenta sur le segment inférieur et insertion vicieuse du cordon. Un circulaire lâche autour du cou.
	802	?	Insertion basse du placenta. Rupture prématurée des membranes. Siège complet.
	868	Vert purée.	Bassin vicié ; diamètre promonto-sous-pubien : 10, 6.
	1781	?	Insertion basse du placenta. Rupture prématurée des membranes six jours avant le début du travail. Contractions subintrantes.
1903	1678	Verdâtre.	Insertion basse du placenta. Insertion vicieuse et procidence du cordon. Engagement brusque de la tête.
1905	139	Opalescent puis vert.	Bassin oblique ovalaire. Présentation de l'épaule. Tentatives de version

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
			par manœuvres externes. Version par manœuvres internes.
1906	116	Verdâtre.	Bassin rétréci ; rupture prématurée des membranes quatorze heures avant le début du travail.
	1525	Vert purée.	Insertion basse du placenta. Insertion vicieuse et procidence du cordon au début du travail.
1907	280	?	Insertion basse du placenta. Rupture prématurée des membranes sept jours avant le début du travail. Siège décomplété mode des fesses.
	608	Vert.	Bassin rétréci. Siège complet.
	700	D'abord normal puis vert.	Bassin rétréci. Application de forceps.
	1241	Vert purée.	Bassin rétréci. Application de forceps.
1908	382	Teinté de méconium.	Insertion basse du placenta et procidence du cordon.
1910	110	Vert.	Bassin vicié.
	455	Vert.	Insertion du placenta sur le segment inférieur.
	562	Verdâtre	Bassin annelé. Insertion vicieuse et procidence du cordon.
	1705	Opalescent puis vert.	Bassin rétréci.

ANNÉE	N°s	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1911	160	Verdâtre.	Bassin rétréci. Procidence du cordon. Application de forceps
	254	Vert.	Insertion basse du placenta. Insertion vicieuse du cordon. Siège décomplété mode des fesses.
	1434	Opalescent puis vert purée.	Opération de Porro pour rétrécissement du bassin.

Mort de l'enfant pendant le travail
dans les cas ne rentrant pas dans les cadres précédents

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1890	344	Vert.	Application de forceps ayant déterminé la mort du fœtus.
	350	Vert.	Présentation de l'épaule droite dorso-postérieure. Version par manœuvres internes.
	661	Verdâtre.	Présentation franche du tronc, tête dans le flanc gauche. Procidence d'une main.
	822	Vert.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	861	Verdâtre.	Application de forceps pour ralentissement brusque des bruits du cœur
	971	Vert.	Application de forceps en ville et à la clinique. Basiotripsie.
1891	556	Vert.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	775	Vert.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	1581	Vert.	Présentation du siège décomplété mode des pieds.
1892	106	Vert et épais.	Présentation de l'épaule droite dorso-postérieure. Version par manœuvres internes.
	599	Vert.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	999	Vert et épais.	Application de forceps pour souffrance du fœtus.
1892	1142	Vert.	Mort de l'enfant pendant le travail.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
	1223	Vert.	Application de forceps pour modification des bruits du cœur.
	1295	D'abord normal puis vert.	Présentation de l'épaule.
1893	731	Vert.	Application de forceps au détroit supérieur en G. T.
1894	834	Teinté de méconium.	Présentation de l'épaule droite. Version par manœuvres internes.
	1637	Vert.	Présentation du siège complet. Mort de l'enfant pendant le travail.
1895	172	Vert.	Mort de l'enfant pendant l'expulsion.
	380	Mélangé de méconium.	Mort de l'enfant pendant l'extraction.
	791	Vert.	Rupture prématurée des membranes. Présentation de l'épaule.
	1298	Vert.	Rupture prématurée des membranes. Présentation de l'épaule. Version spontanée.
1896	435	Verdâtre.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	1072	Teinté de vert.	Présentation du siège complet. Un circulaire autour de la jambe droite.
	2239	Vert.	Présentation du siège décomplété mode des fesses. Procidence d'une main.
1897	802	D'abord normal puis vert.	Application de forceps pour modification des bruits du cœur.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1897	914	?	Rupture prématurée des membranes. Siège complet.
	1012	Vert purée.	Spina bifida de la région lombaire.
	1530	Verdâtre.	Application de forceps pour ralentissement des bruits du cœur.
	1680	?	Femme amenée de chez une sage-femme à dilatation complète, poche des eaux rompue depuis trois heures.
	1755	?	Rupture prématurée des membranes. Siège décomplété mode des fesses.
	2076	Mélangé de méconium.	Application de forceps à la clinique après quatre applications de forceps en ville.
1898	619	Verdâtre.	Présentation du siège décomplété mode des fesses.
	1033	Teinté de méconium.	Utérus cordiforme. Présentation du siège complet. Procidence du cordon.
	1214	Vert	Application de forceps en G. T. pour ralentissement des bruits du cœur.
	1301	Vert.	Application de forceps pour souffrance de l'enfant.
	2262	?	Rupture prématurée des membranes. Siège complet.
1899	1119	D'abord normal puis vert.	Accouchement prématuré au septième mois. Extraction par le siège d'un enfant mort pendant le travail.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
	1052	Vert purée.	Utérus fibromateux. Application de forceps.
1899	1461	Vert purée.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	1505	Vert et épais.	Femme arrivée à dilatation complète. Mort de l'enfant pendant le travail.
	1944	Verdâtre.	Accouchement prématuré au huitième mois. Rupture prématurée des membranes.
1900	1457	D'abord normal puis vert.	Rupture précoce des membranes. Application de forceps.
	2180	Verdâtre.	Rupture prématurée des membranes.
	2394	Verdâtre.	Siège décomplété mode des fesses.
1901	1333	Vert.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	1752	D'abord normal puis vert.	Siège complet. Mort de l'enfant pendant le travail.
	2006	Verdâtre.	Mort de l'enfant pendant le travail.
1902	36	Vert.	Rupture prématurée des membranes. Application de forceps.
	712	Verdâtre.	Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes.
	860	Vert.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	1177	Verdâtre.	Rupture prématurée des membranes. Application de forceps.
	1480	D'abord opalescent puis vert.	Accouchement prématuré au septième mois. Siège décomplété mode des fesses.

ANNÉE	N°s	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
	1960	Opalescent puis verdâtre.	Accouchement prématuré au huitième mois.
1903	143	Opalescent puis vert.	Mort de l'enfant pendant la période d'expulsion.
	299	?	Rupture prématurée des membranes. Siège complet.
	546	Verdâtre.	Malformation utérine ; corne droite très développée. Siège complet en G. A. Procidence du cordon.
	568	Vert.	Rupture prématurée des membranes. Application de forceps.
	680	Vert.	Version par manœuvres internes.
	883	Opalescent puis vert.	Gros œuf. Application de forceps.
	990	?	Rupture prématurée des membranes quatre jours avant l'accouchement. Siège décomplété mode des fesses.
	1606	Verdâtre.	Application de forceps pour souffrance du fœtus.
	1698	Vert.	Présentation de la face. Procidence du cordon réduite.
	2037	Verdâtre.	Siège complet en D. P.
	2091	Vert.	Présentation de l'épaule gauche dorso-postérieure. Tentative de version en ville. Version par manœuvres internes à la clinique.
1904	175	Légèrement verdâtre.	Accouchement prématuré au septième mois. Siège complet.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1904	286	?	Rupture prématurée des membranes. Siège décomplété mode des fesses.
	526	Vert.	Gros œuf. Mort de l'enfant pendant le travail.
	578	Vert purée.	Application de forceps en G. T. pour souffrance de l'enfant.
	663	Teinté de méconium.	Procidence d'un bras et d'un pied, rétropulsion impossible.
	712	Verdâtre.	Siège complet. Mort de l'enfant pendant le travail.
	1019	Vert.	Siège décomplété mode des fesses en D. P.
	1052	Vert et abondant.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	1053	Vert.	Le forceps n'a pas été appliqué à temps.
	1130	Mélangé de méconium.	Mort de l'enfant pendant le travail. Siège complet.
	1133	Vert.	Rupture prématurée des membranes cinq jours avant l'accouchement. Siège complet.
	1448	Vert.	Siège décomplété mode des fesses.
	1679	?	Extraction difficile d'un siège décomplété mode des fesses. Tentatives d'extraction faites en ville par une sage-femme et un médecin.
1905	443	Teinté de méconium.	Accouchement prématuré au huitième mois. Siège complet.

ANNÉE	N°s	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
1905	653	Vert purée.	Enfant mort subitement à la fin de la période d'expulsion sans modification préalable des bruits du cœur.
	890	Vert.	Rupture précoce des membranes. Présentation de l'épaule droite-dorso-postérieure. Version par manœuvres internes.
	891	?	Rupture prématurée des membranes. Hydrocéphalie. Rupture complète de l'utérus. Hystérectomie abdominale.
	1837	Teinté de méconium.	Siège complet. Enfant achondroplasique.
	1943	Vert.	Présentation de la face M. I. D. P.
1906	220	Vert.	Rupture prématurée des membranes quarante-huit heures avant le début du travail. Siège décomplété mode des fesses.
	732	Verdâtre.	Accouchement prématuré au septième mois. Siège complet.
	1105	Opalescent puis vert.	Application de forceps pour souffrance de l'enfant.
	1366	Vert purée.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	1885	Vert purée.	Présentation du plan latéral au début du travail. Version externe.
1907	678	Vert.	Siège décomplété mode des fesses.
	928	?	Présentation de la face. Tentatives d'application de forceps en ville.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
	1009	Opalescent puis vert.	Siège complet. Enfant mort pendant le travail.
	1048	Teinté de méconium.	Siège décomplété mode des fesses.
	1626	Vert.	Rupture prématurée des membranes huit heures avant le début du travail. Siège décomplété mode des fesses.
1908	169	Vert purée.	Rupture prématurée des membranes.
	1030	D'abord normal puis vert.	Malformation utérine. Présentation du plan latéral. Embryotomie puis basiotripsie sur tête mobile.
	1245	Opalescent puis vert.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	1357	Vert.	Application de forceps pour modification des bruits du cœur.
	1448	Teinté de méconium.	Siège incliné à cause d'une tumeur abdominale.
	1598	Vert.	Siège décomplété mode des fesses.
	1762	Vert.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	2034	Vert.	Endométrite. Mort de l'enfant pendant le travail.
	2044	Verdâtre.	Siège décomplété mode des fesses.
1909	383	Verdâtre.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	390	D'abord opalescent puis vert.	Présentation de la face. Application de forceps.

ANNÉE	Nos	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
	940	Verdâtre.	Siège décomplété mode des fesses.
	1096	Vert purée.	Siège complet. Application de forceps faite en ville avant dilatation complète.
	1277	Vert.	Utérus fibromateux. Application de forceps.
	1448	Vert.	Gros œuf. Mort de l'enfant pendant le travail.
	1651	Vert purée.	Mort de l'enfant pendant le travail.
	1775	Vert purée.	Mort de l'enfant pendant le travail. Basiotripsie.
	1821	Verdâtre.	Primipare, quarante-quatre ans. Siège complet en G. T. Basiotripsie sur tête dernière.
	1899	D'abord normal puis vert.	Mort de l'enfant pendant le travail.
1910	115	Verdâtre.	Kyste vulvo-vaginal.
	237	Vert.	Siège complet. Mort de l'enfant pendant le travail.
	316	Vert.	G. T. élevée. Mort de l'enfant pendant le travail.
	375	Verdâtre.	Siège décomplété mode des fesses.
	1275	Teinté de méconium.	Siège complet. Mort de l'enfant pendant l'extraction.
	1521	?	Malformation utérine. Accouchement prématuré au septième mois.

ANNÉE	N°s	LIQUIDE AMNIOTIQUE	PARTICULARITÉS
	1557	Vert.	Siège complet. Mort de l'enfant pendant l'extraction.
	1607	Vert.	Siège décomplété mode des fesses.
	1673	Opalescent puis vert.	Rupture précoce des membranes.
1911	193	D'abord normal puis vert.	Kyste du vagin. Application de forceps.
	904	Verdâtre.	Application de forceps pour modification des bruits du cœur.
	1513	Vert.	Siège incliné dos à droite. Enfant mort pendant l'extraction à cause du dégagement difficile. Craniotomie.

DISCUSSION

Les observations de mort de l'enfant pendant le travail, publiées dans les tableaux précédents, peuvent se résumer ainsi :

Douze observations avec mort de l'enfant par inertie utérine.

Deux observations avec mort de l'enfant dans le cas de contractions subintrantes.

Dans 13 de ces observations, le liquide amniotique est teinté en vert par le méconium ; dans le n° 1023 (année 1900), il n'est pas marqué à cause de la rupture prématurée des membranes, qui a eu lieu quatre jours avant l'accouchement.

Trois observations où la tête de l'enfant a été retenue par l'orifice utérin revenu sur lui-même ; dans celles-ci, le liquide amniotique est opalescent à la rupture des membranes, car l'enfant n'a souffert qu'après la sortie de la partie inférieure de son corps hors des voies génitales maternelles.

Onze observations avec présentation de l'épaule ; dans 3 de ces observations, rupture prématurée des membranes ; dans les 8 autres, version par manœuvres internes.

Vingt et une observations avec présentation du siège complet, dont quatre avec rupture prématurée des membranes.

Deux observations avec présentation du siège incliné.

Vingt et une observations avec présentation du siège décomplété mode des fesses, dont 6 avec rupture prématurée des membranes.

Trois observations avec présentation de la face.

Quatre observations avec malformation utérine, ayant déterminé deux fois la présentation du siège complet avec procidence du cordon et une fois la présentation de l'épaule.

Deux observations avec utérus fibromateux.

Deux observations avec kyste du vagin.

Dix-sept observations dans lesquelles la souffrances du fœtus a nécessité une application de forceps.

Quarante observations où l'enfant est mort pendant le travail, sans autre indication, et dans lesquelles il faut probablement incriminer la longueur du travail, les contractions subintrantes, le défaut de surveillance, etc. ; il ne faut pas exagérer l'importance de la rupture prématurée des membranes, qu'on trouve dans 8 de ces observations, car, ainsi que nous l'enseigne M. le professeur Pinard,

la femme ne souffre pas plus d'un accouchement sec que d'un autre, et le travail n'est pas plus long.

Soit 123 observations ; dans 112 observations le liquide amniotique est teinté par le méconium expulsé par l'enfant ; dans 7 autres, le liquide amniotique n'est pas marqué, à cause de la rupture prématurée des membranes plusieurs jours avant le début du travail ; dans 4 autres observations, il n'est pas non plus marqué, les femmes ayant été amenées de ville longtemps après la rupture des membranes.

Vingt-quatre observations de mort de l'enfant en cas de bassin vicié se subdivisant ainsi :

Deux cas de bassin vicié avec présentation de l'épaule.

Deux cas de bassin vicié avec présentation du siège complet.

Un cas de bassin vicié avec présentation du siège décomplété mode des fesses.

Quatre cas de bassin vicié avec procidence du cordon.

Six cas de bassin vicié dans lesquels le forceps a été appliqué.

Trois cas de bassin vicié où la symphyséotomie a été pratiquée.

Six cas de bassin vicié avec mort de l'enfant pendant le travail sans autre indication.

Dans ces 24 observations, l'enfant a expulsé son méconium, et le liquide amniotique a été chaque fois plus ou moins teinté en vert.

Seize observations avec mort de l'enfant dans le cas d'insertion basse du placenta, sans hémorragie de la grossesse ni du travail, se divisant ainsi :

Sept cas d'insertion basse avec procidence du cordon.

Deux cas d'insertion basse avec circulaires du cordon.

Un cas d'insertion basse avec présentation de l'épaule.

Deux cas d'insertion basse avec présentation du siège complet.

Un cas d'insertion basse avec présentation du siège décomplété mode des fesses.

Trois cas d'insertion basse avec mort de l'enfant pendant le travail sans autre indication.

Dans 14 observations, le liquide amniotique est teinté en vert par le méconium : dans 2 autres, il n'est pas marqué à cause de la rupture prématurée des membranes.

Soixante six observations avec mort de l'enfant pendant le travail en cas de circulaire, procidence, procubitus, insertion vicieuse du cordon, se divisant ainsi :

Seize cas avec circulaires uniques ou multiples, le plus souvent très serrés autour du cou de l'enfant.

Vingt cas avec procidence du cordon au début ou pendant le travail.

Sept cas avec procubitus du cordon, dont 3 procubitus méconnus.

Quatorze cas avec insertion vicieuse et avec ou non procidence du cordon.

Deux cas avec insertion vicieuse et circulaires du cordon.

Trois cas avec procidence du cordon dans la présentation du siège complet.

Un cas avec procidence du cordon dans la présentation du siège décomplété mode des fesses.

Un cas avec brièveté naturelle du cordon.

Trois cas avec décollement prématuré du placenta par brièveté accidentelle du cordon due à des circulaires.

Dans 62 observations sur ces 67, l'enfant a expulsé son méconium pendant le travail ; dans 2 observations, le liquide amniotique n'est pas marqué à cause de la rupture prématurée des membranes ; dans les 3 cas de décollement prématuré du placenta par brièveté accidentelle du cordon, le liquide amnio-

tique est mélangé de sang, et il n'est pas indiqué que l'enfant ait expulsé son méconium.

Neuf observations avec mort de l'enfant pendant le travail dans les cas d'albuminurie ou d'éclampsie, sans hémorragie rétro-placentaire ou décollement prématuré du placenta. Dans 6 de ces observations, le liquide amniotique est teinté en vert par le méconium ; dans les 3 autres, il n'est pas marqué sans autre indication.

Douze observations avec mort de l'enfant pendant le travail dans le cas d'albuminurie avec hémorragie rétro-placentaire ou décollement prématuré du placenta.

Dans 1 de ces observations, le liquide amniotique est opalescent ; dans 5 autres, il est teinté de sang ; dans 3 autres, il est teinté en vert par le méconium, enfin dans 3 autres, il n'est pas marqué.

Sept observations avec mort de l'enfant dans le cas de l'hémorragie rétro-placentaire sans albuminurie.

Dans 2 de ces observations, le liquide amniotique est normal ; dans 4 autres, il est plus ou moins teinté de sang ; dans 1, il n'est pas marqué.

Cinquante observations avec mort de l'enfant pendant le travail dans le cas d'insertion basse du placenta avec hémorragies de la grossesse et du travail, présentant les particularités suivantes :

Dans 17 observations, le liquide amniotique est opalescent.

Dans 15 observations, le liquide amniotique est teinté de sang.

Dans 10 observations, le liquide amniotique est teinté en vert plus ou moins foncé par le méconium.

Dans 8 observations, le liquide amniotique n'est pas marqué.

L'accouchement a eu lieu :

Cinq fois au sixième mois.

Cinq fois au septième mois.

Quatorze fois au huitième mois.

Vingt et une fois au neuvième mois.

Pendant la grossesse, l'hémorragie à répétition est apparue :

Six fois avant le sixième mois.

Cinq fois au sixième mois.
Six fois au septième mois.
Sept fois au huitième mois.
Neuf fois à la fin de la grossesse.
Dix-sept fois au début du travail.

Si nous examinons la mensuration des membranes, nous avons :

15 observations dans lesquelles il y a déchirure ou rétention des membranes.

Trente-cinq observations où la mensuration est marquée : 37/0, 37/2, 47/0, 45/0, 24/0, 43/0, 64/0, 24/0, 27/0, 36/0, 42/0, 33/0, 21/0, 36/2, 48/0, 46/0, 25/0, 29/0, 30/0, 28/0, 39/0, 30/0, 36/0, 39/0, 29/0, 41/0, 36/0, 34/0, 41/0, 39/0, 47/0, 31/4, 36/4, 23/0, 41/0.

Soit 31 insertions marginales du placenta et 4 insertions latérales.

Cette statistique nous permet de constater que l'insertion totale du placenta, est, malgré certains auteurs, une variété bien exceptionnelle, puisque sur 35.310 accouchements, nous n'en avons pas trouvé un cas, ce qui corrobore l'opinion de M. le professeur Pinard qui, sur 15.000 accouchements (thèse de Dylion), n'en avait jamais rencontré.

De ce résumé des observations recueillies par nous

à la clinique Baudelocque, on peut conclure que dans les cas de souffrance et de mort de l'enfant pendant le travail, celui-ci expulse son méconium.

Il n'y a qu'une exception à cette règle : la mort de l'enfant pendant le travail dans les cas d'hémorragie grave du travail, que cette hémorragie soit due à une insertion vicieuse du placenta, à une hémorragie rétro-placentaire, ou à un décollement prématuré du placenta.

Néanmoins, cette exception n'est pas rigoureuse ; en effet, dans 10 cas sur 50 d'insertion basse du placenta avec hémorragie du travail, et dans 3 cas sur 12 d'albuminurie avec hémorragie rétro-placentaire, l'enfant a expulsé son méconium puisque le liquide amniotique est teinté en vert.

Cependant, dans la majorité des cas d'hémorragie grave pendant le travail, le liquide amniotique reste opalescent ou teinté de sang (ce qui est naturel puisqu'il s'écoule en même temps que l'hémorragie, ou bien lorsque l'hémorragie se produit entre l'œuf et la paroi utérine, il arrive souvent que, par transsudation, le liquide amniotique se teinte et devienne sanguinolent). Dans aucun de ces cas, il n'est parlé d'expulsion du méconium, et même, dans l'observation V, on peut lire : « l'enfant n'a pas rendu son méconium ».

On ne peut pas dire qu'il y a eu négligence dans la rédaction de ces observations, car il faudrait une négligence bien spéciale pour laisser régulièrement passer inaperçue l'expulsion du méconium, et, ceci,

pendant vingt et une années. Si donc les modifications de couleur du liquide amniotique sont assez visibles pour qu'on ne se trompe pas, et si dans la plupart des cas de mort de l'enfant avec hémorragie grave du travail le liquide amniotique est marqué opalescent ou teinté de sang, il faut conclure à l'exactitudede ces observations.

Mais, comment expliquer cette anomalie ? Pourquoi l'enfant n'expulse-t-il pas son méconium ? Il est un cas où la réponse est relativement facile : c'est le cas de mort de l'enfant dans les hémorragies rétro-placentaires, car le décollement placentaire, produit par l'hémorragie, est souvent assez considérable pour tuer brusquement le fœtus, ainsi qu'on peut le constater dans les observations III, XI et XIV. Cependant, il n'en est pas toujours de même, et les bruits du cœur fœtal peuvent très bien être entendus après la production de l'hémorragie rétro-placentaire ; par exemple, on lit dans l'observation I : « La femme entre à la clinique Baudelocque à 8 heures du soir..., l'utérus est de consistance très dure, presque ligneuse..., les battements du cœur fœtal sont perçus jusqu'à 1 h. 40 du matin... »

Mais dans les cas d'hémorragie du travail par insertion basse du placenta, nous ne pouvons plus invoquer la mort brusque de l'enfant ; en effet, dans les observations II, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XII, XIII, on voit que, malgré l'hémorragie, les bruits du cœur fœtal ont toujours été entendus à l'arrivée de la femme dans le service et qu'ils sont deve-

nus irréguliers, ralentis, et moins bien perceptibles pendant un temps plus ou moins long avant de disparaître ; ainsi, nous lisons dans l'observation VI : « La femme arrive à la clinique à 10 h. 30 du matin, on fait les constatations suivantes :...Les bruits du cœur sont bons à droite... A 11 h. 30, les bruits du cœur sont toujours perçus, mais beaucoup moins forts..., les bruits du cœur, faiblement perçus jusqu'à 6 heures du soir, disparaissent alors complètement... » Et, dans l'observation VII : « A l'examen d'arrivée, à 1 heure du soir, on constate... bruits du cœur normaux... A 3 h. 30, les bruits du cœur sont ralentis et moins distinctement entendus... A 11 heures, on n'entend plus les bruits du cœur. »

Donc, si la mort brusque de l'enfant ne peut être invoquée dans les cas d'hémorragie par insertion basse et dans quelques cas d'hémorragie rétro-placentaire, puisqu'on constate les modifications des bruits du cœur qui prouvent que l'enfant souffre, comment expliquer qu'il n'expulse pas son méconium ? Peut-être, des physiologistes, par des expériences sur des animaux éclairciront-ils la question, mais il ne nous est pas possible de l'élucider nous-même en ce moment.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Année 1895, n° 1598. — J. A..., trente-cinq ans, sans profession. Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques et pathologiques.

Réglée à douze ans et demie, régulièrement, durée six à sept jours.

VI-pare : quatre enfants nés à terme en 1884, 1888, 1890, 1893, nourris au sein maternel, bien portants. En 1886, une fausse couche de six mois, due à un excès de travail les jours précédents.

Grossesse actuelle. — Ses dernières règles sont apparues du 13 au 20 janvier 1895 ; au moment de son accouchement, le 6 octobre 1895, cette femme est donc dans le huitième mois de sa grossesse, pendant laquelle elle n'a jamais été examinée ; elle a souffert d'une douleur épigastrique intense et de céphalalgie ; cette céphalalgie persiste surtout depuis trois jours.

La femme entre à la clinique Baudelocque le 5 octobre à 8 heures du soir avec un col en voie d'effacement ; l'analyse de l'urine dénote une notable quantité d'albumine ; l'œdème est nul, l'utérus est de consistance très dure, presque ligneuse.

La dilatation se fait très lentement en même temps qu'apparaissent quelques pertes sanguines ; les battements du cœur fœtal sont bons jusqu'à 1 h. 40 du matin.

A 2 heures du matin, l'auscultation ne donne aucun résultat ; les battements du cœur fœtal ont cessé brusquement, sans que rien, à la précédente auscultation, ait pu le faire prévoir. La dilatation est comme une pièce de 1 franc.

A 2 h. 1/2, on pratique la rupture artificielle des membranes ; le liquide amniotique est opalescent.

A 3 h. 1/2, la dilatation est complète.

A 3 h. 40, expulsion d'un enfant mort, du sexe féminin, pesant 1.950 grammes ; après l'expulsion, survient une hémorragie abondante.

Vingt minutes après la sortie du fœtus, le placenta se présente par sa face utérine et est extrait par expression française ; il présente de nombreux foyers hémorragiques et pèse 870 grammes ; les membranes sont dissociées et incomplètes.

OBSERVATION II

Année 1896, n° 604. — D. M..., vingt-huit ans, sans profession.

Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques ni pathologiques.

Réglée à quinze ans, régulièrement, durée trois jours.

III-pare : deux enfants (1892 et 1894) élevés au sein maternel, bien portants.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles sont apparues du 24 au 27 juillet 1895 ; la femme se trouve dans le neuvième mois de sa grossesse au moment de son accouchement, le 9 avril 1896.

1er mars. — Hémorragie assez abondante ; à la suite d'injections chaudes, cette hémorragie cesse.

7 avril. — Nouvelle hémorragie ; cette femme vient à la clinique Baudelocque le lendemain, où elle est admise et tenue en observation au dortoir. A l'examen d'entrée, on fait les constatations suivantes :

Pas d'albumine dans les urines.

Sommet en GA, engagement non effectué, bassin normal. Auscultation bonne à gauche au-dessous de l'ombilic.

8 avril. — A midi 1/2, cette femme est prise d'une hémorragie au dortoir ; Mlle Lepage l'examine et constate qu'il n'y a aucun début de travail ; elle lui fait donner des injections chaudes et l'hémorragie cesse.

9 avril. — A midi 1/2, nouvelle hémorragie assez considérable pour nécessiter le transport de la femme à la salle de travail, puis une intervention, le pouls étant à 120. Au toucher, on constate que le col est presque effacé ; Mlle Rose décide d'intervenir ; elle introduit deux doigts dans le col et tente la rupture des membranes ; elle y réussit, mais elle ne peut les déchirer largement, car elles sont très résistantes ; le liquide s'écoule normal en même temps que du sang, et les membranes finissent par se laisser déchirer sur une plus grande étendue derrière la symphyse pubienne. A ce moment, on constate une procidence du cordon ; l'hémorragie continue. On fait alors une injection de 500 grammes de sérum artificiel.

Il est impossible d'introduire le ballon de Champetier de Ribes, la tête étant bien fixée. Mlle Rose, pendant un quart d'heure environ, applique le placenta, pour empêcher la tête de la décoller ; l'hémorragie cesse. Les battements du cœur, bons jusqu'à l'engagement de la tête, disparaissent bientôt, mais le liquide amniotique n'est pas coloré en vert par le méconium.

A 4 heures, la dilatation est complète, les contractions sont énergiques, et, à 4 h. 35, a lieu l'expulsion d'un enfant mort, du sexe masculin, pesant 2.300 grammes.

La délivrance a lieu normalement, suivie d'une injection intra-utérine prolongée.

Mensuration des membranes 42/0.

OBSERVATION III

Année 1898, n° 1180. — F. L..., trente-sept ans, conturière.

Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques et pathologiques.

Réglée à dix-huit ans, très régulièrement, durée : quatre à cinq jours.

IV-pare : en 1888 et en 1895, filles, nourries au biberon par nourrice mercenaire, vivantes ; en 1892, garçon, nourri au biberon par nourrice mercenaire, mort à dix mois de convulsions.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles sont apparues du 5 au 10 octobre 1897 ; au moment de l'accouchement, le 12 juillet 1898, la femme est dans le neuvième mois de sa

grossesse ; elle n'a jamais été examinée durant celle-ci et n'a présenté aucun signe d'auto-intoxication gravidique.

Cette femme arrive à la clinique Baudelocque le 12 juillet à 5 heures du matin, perdant abondamment du sang ; le facies est pâle, exangue, les lèvres décolorées, le pouls à 116 pulsations. Elle raconte qu'elle s'est beaucoup fatiguée le dimanche 10 juillet ; le 12, à 2 heures du matin, elle est prise de douleurs violentes dans l'abdomen, principalement du côté droit ; en même temps, elle a une perte de sang qu'elle évalue à un demi-litre ; aussitôt, elle se fait amener à la clinique ; durant le trajet elle perd peu. A son arrivée, on fait les constatations suivantes :

Hauteur utérine : 37 centimètres au-dessus du pubis.

Utérus dur, de consistance ligneuse, ne permettant de distinguer aucune partie fœtale.

Auscultation négative.

Col effacé, orifice mou et facilement dilatable.

L'albumine se prend en masse dans les urines.

En raison de la dureté de l'utérus, on fait le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire. On donne à la femme une injection à 50 degrés, l'hémorragie ne cesse pas, M^lle^ Mary rompt les membranes ; le liquide amniotique est teinté par le sang ; l'hémorragie s'arrête. La dilatation progresse rapidement ; à 7 h. 45 du matin, elle est complète. Il est impossible de dégager le front ; la femme est mise alors en position obstétricale, et on extrait sans difficulté un enfant mort du sexe masculin, pesant 3.770 grammes et qui n'a pas perdu son méconium.

Immédiatement, derrière le fœtus, le placenta décollé suit avec 1.600 grammes de sang rouge liquide et de caillots.

Après la délivrance, on donne à la femme une injection intra-utérine.

Le placenta est légèrement aplati, mais sans caractères bien nets ; membranes complètes : 29/9 ; insertion centrale du cordon.

OBSERVATION IV

Année 1902, n° 1259. — P. M..., trente-cinq ans, ménagère.

Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques ni pathologiques.

Réglée à dix-sept ans, régulièrement, durée : trois à cinq jours.

IV-pare : premier accouchement, 10 décembre 1899, gémellaire : Premier jumeau, sommet, forceps, actuellement vivant. Deuxième jumeau, siège, mort.

Deuxième accouchement : 10 août 1899 ; sommet spontané, fille, morte douze jours après sa naissance.

Troisième accouchement : 21 juillet 1901 ; sommet spontané, à terme, garçon, mort trente-cinq jours après sa naissance, de méningite.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles sont apparues du 9 au 15 décembre 1901 ; cette femme est donc dans le huitième mois de sa grossesse au moment de son accouchement, le 7 août 1902 ; elle se repose depuis le début de sa grossesse ; les derniers rapports ont eu lieu un mois avant l'accouchement.

Vers la fin de juin, alors qu'elle était enceinte de six mois,

cette femme eut des hémorragies sans cause apparente, survenant tous les huit jours, mais peu abondantes.

3 août. — A 8 heures du matin, se produit une hémorragie plus abondante que les précédentes. La femme vient alors à la clinique Baudelocque ; comme elle ne perdait plus et n'était pas en travail, elle est mise au dortoir.

6 août. — A 7 heures du soir, survient une autre hémorragie ; la femme est alors montée à la salle de travail. A l'examen, on fait les constatations suivantes :

Sommet mobile en D. T.

Auscultation bonne à droite.

Col perméable, membranes extrêmement épaissies ; en arrière, on sent un corps mollasse, épais, donnant la sensation fournie par le placenta.

Les contractions sont très espacées.

A 1 heure du matin, la femme perd de nombreux caillots ; ont lui donne des injections chaudes et l'hémorragie cesse.

A 7 heures du matin, l'hémorragie reprend.

A 11 h. 30 du matin, les bruits du cœur ralentissent et deviennent difficiles à percevoir ; au toucher, le col est dilatable comme une pièce de 5 francs.

L'hémorragie continuant, M^lle^ Rose déchire largement les membranes ; le liquide amniotique est opalescent ; puis s'écoule une grande quantité de sang avec des caillots. Les contractions deviennent très irrégulières.

A 2 heures, la dilatation est complète.

A 2 h. 10, expulsion d'un enfant mort du sexe masculin, pesant 2.030 grammes.

La délivrance se fait normalement par extraction simple, trente minutes après l'accouchement.

Le placenta est discoïde et pèse 390 grammes.

Mensuration des membranes 30/0.

Insertion du cordon presque centrale.

OBSERVATION V

Année 1902, n° 1610. — B. L..., trente ans, corsetière.

Le 24 octobre 1902, on amenait à la clinique Baudelocque une primipare de trente ans, enceinte de huit mois environ, qui venait d'avoir chez elle une hémorragie considérable.

Dans ses antécédents, rien de particulier à signaler.

Réglée à treize ans, ses règles avaient toujours été régulières. Les dernières règles étaient apparues du 1er au 4 février 1902. La grossesse évolua sans incident jusqu'au mois d'août. Dans les premiers jours de ce mois, elle eut une perte de sang assez abondante, qui cessa quelques heures après. Du mois d'août au mois d'octobre, elle eut une série d'hémorragies ; ces pertes sanguines duraient peu de temps, et, dans leur intervalle, il n'y avait aucun écoulement, ni aucun suintement. Le repos au lit et les injections chaudes lui furent conseillés par une sage-femme ; le traitement fut suivi à chaque hémorragie.

24 octobre. — Dans la matinée, survient une hémorragie beaucoup plus considérable, inondant les vêtements de cette femme, et qui nécessite son transport à la clinique Baudelocque. A son arrivée (2 heures de l'après-midi), elle fut examinée par l'interne de garde, M. Cazeaux, qui fit les constatations suivantes :

Hauteur utérine : 31 centimètres au-dessus du pubis.

Enfant vivant se présentant par le siège, dos à gauche.

Col long, orifice externe entr'ouvert, segment inférieur épaissi à gauche et en arrière, bourrelet vaginal.

Pas de contractions utérines douloureuses.

L'hémorragie avait cessé, le pouls était à 112 pulsations, bien frappé ; M. Cazeaux fait la version par manœuvres externes et met la tête en bas ; puis il donne une injection chaude et surveille attentivement le pouls.

A 4 h. 30, M. Couvelaire examine la femme ; le pouls est bien frappé, le nombre des pulsations est de 100 par minute, la femme ne perd pas. Dans ces conditions, il conseille d'attendre, de surveiller attentivement le pouls et de se tenir prêt à intervenir à la moindre alerte.

A 3 h. 45 du matin, une nouvelle hémorragie se produit ; le pouls monte à 128 ; M^lle Vincent donne à la femme une injection chaude ; puis, glissant un perce-membrane sur son doigt, elle l'introduit dans le col et rompt la poche des eaux en avant ; le liquide amniotique qui s'écoule est opalescent. M^lle Rose est prévenue à 4 heures ; le pouls est à 132 ; M^lle Rose fait prévenir M. Couvelaire et introduit dans l'utérus un ballon de Champetier de Ribes moyen modèle ; M. Couvelaire arrive à ce moment et constate que le pouls est à 112 et que l'hémorragie est arrêtée. Les premières contractions utérines apparaissent rapidement, quinze minutes après l'introduction du ballon ; on fait à la femme une injection de 1.000 grammes de sérum artificiel.

A 7 heures du matin, le pouls est à 104, la dilatation atteint la grandeur d'une pièce de 5 francs, les contractions utérines sont régulières.

A 9 heures, la dilatation n'a pas augmenté, M^lle Rose injecte

100 grammes de liquide dans le ballon qui se trouve ainsi gonflé au maximum.

A 10 heures, la femme accuse une envie de pousser ; M. Couvelaire l'examine : le ballon est dans le vagin. La femme est mise en position obstétricale ; M. Couvelaire extrait le ballon derrière lequel se trouve du sang liquide et des caillots ; le placenta, partiellement décollé, pend en arrière ; la tête fœtale tend à s'engager, occiput à droite. M. Couvelaire fait immédiatement une application de forceps régulière, et extrait, après cinq minutes de tractions soutenues, un enfant du sexe masculin, pesant 2.100 grammes, qui ne présente plus de battements cardiaques et ne peut être ranimé. Il n'a pas rendu son méconium.

M. Couvelaire pratique sur-le-champ la délivrance artificielle et la fait suivre d'une injection intra-utérine à 50 degrés.

Placenta discoïde, très aplati, pesant 340 grammes ; insertion vicieuse du cordon sur le bord inférieur du placenta ; mensuration des membranes impossible.

OBSERVATION VI

Année 1903, n° 1428. — P. M..., vingt-deux ans, infirmière.

Rien de particulier dans ses antécédents pathologiques ni physiologiques.

Réglée à douze ans et demi, très régulièrement, durée : quatre à cinq jours.

Primipare.

Les dernières règles sont apparues du 20 au 24 décembre

1902 ; au moment de son accouchement, le 26 août 1903, cette femme est dans le huitième mois de sa grossesse ; elle se repose depuis un mois ; les derniers rapports sexuels ont eu lieu un mois et demi avant l'accouchement.

3 juillet. — Cette femme a une perte de sang peu abondante. Le 5 juillet, elle va consulter à la Maternité, où on lui conseille du repos ; elle cesse son service d'infirmière.

11 juillet. — Nouvel écoulement sanguin, qui revient alors, à intervalle régulier, tous les huit à dix jours.

Du 22 au 25 août, elle perd d'une façon constante ; le 25 août, ayant de petites contractions douloureuses, elle vient à la clinique Baudelocque à 10 h. 30 du matin. A l'examen d'entrée, on fait les constatations suivantes :

Hauteur utérine : 29 centimètres.

Tête en bas, mobile ; dos à droite.

Bruits du cœur, bons à droite.

Orifice utérin entr'ouvert comme une pièce de 1 franc ; on arrive sur du tissu placentaire et sur de gros caillots sanguins.

Pouls : 106 pulsations.

On donne aussitôt à la femme une injection chaude.

A 11 h. 30, on constate que le pouls oscille entre 80, 90 et 112 pulsations à la minute ; les bruits du cœur fœtal sont toujours perçus, mais beaucoup moins forts. M. Lepage déchire largement les membranes ; le liquide amniotique, normal à la rupture, est bientôt teinté en rouge par le sang qui s'écoule en même temps que lui ; M. Sauvage introduit un ballon de Champetier de Ribes de 350 grammes. Les contractions utérines sont assez régulières mais très espacées pendant toute l'après-midi ; la femme ne perd plus ; les

bruits du cœur, très faiblement perçus jusqu'à 6 heures du soir, disparaissent alors complètement.

A 4 h. 30, la dilatation atteint la grandeur d'une pièce de 5 francs ; on fait de légères tractions sur le ballon.

A 7 h. 30, expulsion du ballon ; au toucher, on trouve alors une dilatation presque complète ; le placenta déchiqueté obstrue l'orifice et pend en partie dans le vagin ; la tête est dans la fosse iliaque gauche ; on arrive directement sur le bras droit et l'épaule ; M^lle^ Vincent fait la version et extrait un enfant mort, du sexe masculin, pesant 2.300 grammes. Elle finit ensuite de décoller le placenta, qui est encore en partie adhérent à droite et un peu en avant. (On sent nettement deux cornes utérines, la droite très développée, dans laquelle se trouve les membranes). Après quoi, elle fait à la femme une injection intra-utérine prolongée.

OBSERVATION VII

Année 1905, n° 752. — S. A..., quarante-deux ans, ménagère.

Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques ni pathologiques.

Réglée à dix-sept ans, régulièrement, durée : deux jours.

II-pare, premier accouchement en juillet 1898 ; garçon élevé au sein et au biberon par la mère, vivant.

Grossesse actuelle. — Ses dernières règles sont apparues du 7 au 9 octobre 1904 ; la femme se trouve dans le huitième mois de sa grossesse au moment de son accouchement, le 18 mai 1905 ; les derniers rapports sexuels ont eu lieu quinze jours avant l'accouchement.

La grossesse évolue normalement jusqu'au 12 mai. A 6 heures du matin, la femme a une hémorragie abondante qui dure vingt minutes ; un médecin, appelé, conseille le repos absolu. Le 13 mai, la femme vient à la consultation, où Mlle Vert l'examine et fait les constatations suivantes :

Hauteur utérine : 29 centimètres.

Présentation du siège, dos à droite.

Enfant vivant.

Mlle Vert pratique la version par manœuvre externe, et conseille à la femme de revenir immédiatement si elle perd de nouveau, ou, si elle ne perd pas, dans quinze jours, pour être surveillée au point de vue de la présentation.

Dans la nuit du 13 au 14 mai, nouvelle perte, moins abondante que la première et qui dure quinze minutes.

18 mai. — A 1 heure du matin, nouvel écoulement sanguin peu abondant mais continu. Suivant le conseil qui lui a été donné à la consultation, la femme se décide à venir à la clinique, où elle arrive en ambulance à 10 h. 30 du matin. A l'examen d'entrée, on fait les constatations suivantes :

État général assez satisfaisant ; écoulement de sérosité sanguinolente par la vulve.

Pouls : 100 pulsations.

Présentation de l'extrémité céphalique, mobile ; dos à gauche.

Bruit du cœur perceptibles, mais faibles et irréguliers.

Col perméable dans toute sa longueur et dévié en avant.

La femme est envoyée au dortoir. A midi et demi, il se produit une hémorragie très abondante ; le pouls monte à 128 : on donne une injection vaginale à 50 degrés, et la femme est transportée à la salle de travail pour être mieux surveillée.

L'état général s'altère rapidement ; la peau et les muqueuses se décolorent, le pouls devient incomptable. L'hémorragie, un instant arrêtée, redevient abondante. Mlle Rose, aussitôt prévenue, pratique le toucher, sent les membranes épaisses et très rugueuses ; elle les déchire largement, à l'aide du perce-membrane, en avant de l'orifice, derrière la symphyse ; le liquide amniotique est normal ; l'écoulement sanguin s'arrête et ne se reproduit plus. On fait à la femme une injection sous-cutanée de 700 grammes de sérum artificiel ; l'état général s'améliore rapidement, le pouls redevient perceptible ; il bat à 130 pulsations à la minute. A 1 heure du soir, apparaissent les premières contractions utérines douloureuses ; les bruits du cœur fœtal sont difficilement perçus.

A 2 heures, l'orifice du col utérin est dilaté comme une pièce de 2 francs, la tête s'engage en O.I.G.A. ; les bruits du cœur ne sont plus perçus ; le pouls est à 112, mais filiforme et incomparable à chaque instant.

A 3 h. 35, la dilatation est complète.

A 3 h. 45, expulsion d'un enfant du sexe masculin, pesant 1.730 grammes, et ne présentant aucun battement cardiaque.

Extraction simple du placenta trente-cinq minutes après l'expulsion.

Pendant la délivrance, le pouls, toujours faible et dépressible ne dépasse pas 100. Aussitôt après la délivrance, il se produit un écoulement sanguin par la vulve ; l'examen du placenta permet de constater l'absence de cotylédons ; Mlle Rose extrait alors une masse placentaire de 60 grammes. On donne une injection intra-utérine, l'hémorragie cesse ; puis on fait une injection de 500 gr. de sérum artificiel.

Placenta elliptique, pesant 300 grammes.

Mensuration des membranes 36/0.

Insertion centrale du cordon.

OBSERVATION VIII

Année 1905, n° 853. — G. M..., vingt-six ans, journalière. Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques ni pathologiques.

Réglée à treize ans, régulièrement; durée : deux à trois jours.

IV-pare : premier enfant (1897) et le troisième (1901) élevés au sein maternel, vivants; le deuxième (1899), élevé d'abord au sein maternel, puis au biberon, par une nourrice mercenaire, pendant treize mois, mort à deux ans de méningite.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles sont apparues du 7 au 10 septembre 1904, la femme se trouve dans le neuvième mois de sa grossesse au moment de son accouchement, le 7 juin 1905 ; elle se reposait depuis un mois, et ses derniers rapports sexuels datent également d'un mois avant l'accouchement.

En mars, survient une première hémorragie, peu abondante, qui dure deux jours, et pour laquelle la femme ne consulte pas. Quinze jours après, nouvelle hémorragie, plus abondante, mais qui ne dure que quelques heures. A la suite de cette hémorragie, la femme entre à l'hôpital Boucicaut, où on la soigne pendant six jours par des injections chaudes et des lavements laudanisés.

Les premières contractions utérines douloureuses apparaissent le 7 juin à 1 heure de l'après-midi, en même temps que se produit un léger écoulement sanguin par la vulve ; la femme vient aussitôt à la clinique Baudeloque. A l'examen d'arrivée, on fait les constatations suivantes :

Hauteur utérine : 34 centimètres.

Présentation de l'extrémité céphalique, dos à droite.

Bruits du cœur fœtal normaux

Col en voie d'effacement, membranes intactes.

Suintement sanguin, peu abondant, par la vulve.

A 3 h. 30, la femme perd du sang en abondance ; rapidement, le pouls, qui était à 70 à l'arrivée, monte à 104, 112, puis 120 pulsations par minute ; la peau et les muqueuses deviennent pâles ; les bruits du cœur fœtal sont ralentis et moins distinctement entendus.

M. Sauvage, aussitôt prévenu, pratique le toucher : le col est incomplètement effacé, mais largement perméable ; le doigt arrive en avant sur des cotylédons placentaires décollés, et, en arrière, sur les membranes qui bombent au moment des contractions utérines. M. Sauvage déchire largement les membranes ; le liquide amniotique qui s'écoule est opalescent. On fait à la femme une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. Après la déchirure des membranes, l'écoulement sanguin s'arrête complètement ; le pouls retombe à 104 ; la tête commence à s'engager sous l'influence des contractions qui sont énergiques et rapprochées.

A 5 heures, les contractions utérines commencent à s'espacer.

A 6 heures, M^lle^ Rose examine la femme ; le pouls est

à 136, le vagin est rempli de caillots ; elle les retire et donne une injection vaginale très chaude.

A 7 heures, l'écoulement sanguin recommence ; nouvelle injection prolongée à 50 degrés ; pendant celle-ci, les contractions utérines deviennent fréquentes et énergiques ; la tête appuie fortement sur les bords de l'orifice utérin qui se dilate ; la femme ne perd plus de sang ; le pouls retombe à 96 ; les bruits du cœur sont ralentis.

A 11 heures, nouvelle injection à 50 degrés. Bien qu'il ne se soit produit aucun autre écoulement sanguin, les bruits du cœur ne s'entendent plus ; la dilatation se complète rapidement.

A 11 h. 30, expulsion d'un enfant mort, du sexe masculin, pesant 3.500 grammes.

Délivrance par expression française, trente minutes après l'accouchement, suivie d'une injection intra-utérine.

Placenta discoïde, pesant 480 grammes. Mensuration des membranes : 29/0.

. Deux circulaires passés autour du cou de l'enfant.

OBSERVATION IX

Année 1906, n° 1365. — L. L..., vingt-six ans, ménagère.

Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques ni pathologiques.

Réglée à treize ans, régulièrement ; durée : trois jours.

Les dernières règles sont apparues du 21 au 24 novembre 1905 ; la femme est dans le neuvième mois de sa grossesse, le 14 août 1906, lors de son accouchement ; elle se repose depuis deux mois et demi.

Elle entre au dortoir le 23 juillet ; trois pertes de sang successives le 23, le 28 juillet, le 8 août ; ce sont des pertes silencieuses qui furent traitées par le repos absolu et les injections chaudes.

13 août. — Dans l'après-midi, une hémorragie assez abondante se produit ; on examine la femme, et, on fait les constatations suivantes. Col entr'ouvert, permettant l'introduction du doigt ; au travers du col, on arrive sur des membranes rugueuses ; à gauche, il existe un bourrelet vaginal ; le col est dévié.

14 août. — A 7 heures du matin, M^lle^ Pirouelle pratique le toucher et trouve d'assez gros caillots dans le vagin ; le col est perméable comme une pièce de 2 francs ; elle rompt artificiellement les membranes en haut et en avant ; le liquide amniotique est mêlé de sang et de caillots ; les bruits du cœur fœtal se ralentissent et sont moins bien perceptibles ; les contractions utérines sont efficaces, le sommet s'engage, l'hémorragie s'arrête.

A 8 heures du matin, on fait à la femme une injection de sérum artificiel de 300 grammes.

A 8 h. 30, les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus.

A 9 h. 30, la dilatation est complète, la parturiente pousse énergiquement et elle expulse, à 9 h. 55, un enfant mort du sexe masculin, pesant 2.950 grammes.

La délivrance a lieu, trente minutes après l'accouchement, par tractions et expressions combinées.

Placenta ovulaire, pesant 450 grammes.

Mensuration des membranes 34/0.

Insertion excentrique du cordon.

OBSERVATION X

Année 1907, n° 1274. — G. B..., vingt-neuf ans, ouvrière.

Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques et pathologiques.

Réglée à treize ans, régulièrement ; durée : deux à trois jours.

VI-pare : premier enfant (1899) et deuxième enfant (1901) élevés au sein maternel, vivants ; troisième (1903), élevé de même, mort à deux ans de la rougeole ; quatrième grossesse, avortement de deux mois et demi; cinquième grossesse, accouchement gémellaire, enfants élevés au sein maternel et au lait stérilisé, morts à onze mois de méningite.

Grossesse actuelle. — Cette femme n'a pas eu ses règles pendant l'allaitement ; elle ne présente aucun trouble depuis le début de sa grossesse, à part quelques légères pertes sanguines. Les derniers rapports sexuels ont eu lieu quinze jours avant l'accouchement.

12 août. — A 5 heures du matin, elle ressent les premières contractions utérines douloureuses et perd du sang en quantité considérable. Elle entre à la clinique Baudelocque à 6 h. 30 du matin, A l'examen d'entrée, on fait les constatations suivantes :

Pas d'albumine dans les urines.

Hauteur utérine : 33 centimètres au-dessus du pubis.

Présentation de l'extrémité céphalique, dos à gauche.

Auscultation bonne.

Col long : il existe encore un léger suintement sanguin.

Pouls : 104.

On donne à la femme une injection chaude, l'écoulement sanguin s'arrête.

A 3 heures du soir, la dilatation est comme une pièce de 2 francs, la tête tend à s'engager ; une hémorragie peu abondante se produit ; les bruits du cœur ne sont plus que très faiblement perçus. Les membranes sont largement rompues, le liquide amnotique est normal, un peu teinté par le sang.

A 5 h. 15, la dilatation est complète ; la femme expulse un enfant mort, du sexe masculin, pesant 2.170 grammes. Après l'expulsion de l'enfant, il s'écoule une certaine quantité de caillots sanguins.

La délivrance a lieu trente minutes après l'accouchement par expression française.

Placenta discoïde, pesant 330 grammes.

Mensuration des membranes 31/4.

Insertion excentrique du cordon.

OBSERVATION XI

Année 1908, n° 219. — A. L..., trente-huit ans, ménagère.

Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques et pathologiques.

Réglée à onze ans, régulièrement ; durée : huit jours.

V-pare : les quatre enfants furent élevés au sein et au biberon par la mère ; tous sont vivants, sauf le troisième mort à onze mois au moment de l'évolution d'un groupe dentaire.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles sont apparues du 2 au 9 mai 1907 ; la femme est donc dans le neuvième mois de sa grossesse, lors de son accouchement, le 3 février 1908.

Elle vient de chez elle et ne s'est pas reposée. Pendant toute la durée de sa grossesse, elle souffre de vomissements, survenant le matin et après les repas. Les derniers rapports sexuels ont eu lieu trois semaines environ avant l'accouchement.

Cette femme n'a jamais consulté pendant sa grossesse.

Elle vient à la clinique Baudelocque le 2 février 1908, à 6 heures du soir. A l'examen d'entrée, on fait les constatations suivantes :

Hauteur utérine : 32 centimètres au-dessus du pubis.

Sommet engagé en gauche antérieure.

Auscultation bonne.

Col en voie d'effacement : membranes intactes.

Contractions utérines régulières.

Pas d'albumine dans les urines.

La femme est conduite chez une sage-femme de ville ; vers 11 heures du soir, la femme commence à perdre du sang abondamment, son pouls monte à 116-120 pulsations ; elle est ramenée à la clinique à minuit 20 : on fait les constatations suivantes :

Utérus dur, ligneux, constamment tendu.

Auscultation négative.

Col complètement effacé ; l'orifice est dilaté comme une pièce de 50 centimes ; les bords sont minces et souples ; les membranes sont tendues.

Pouls : 108 pulsations.

Mlle Pirouelle porte le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire et rompt les membranes aussi largement que possible à minuit 30 ; le liquide amniotique est teinté de sang ; aussitôt après la rupture des membranes, la femme cesse de perdre.

A 1 h. 05 du matin, la dilatation est complète, et, à 1 h. 10, expulsion d'un enfant mort, du sexe féminin, pesant 2.250 grammes. Aussitôt après la sortie de l'enfant, il s'écoule une assez grande quantité de sang liquide ; cinq minutes après, le placenta est expulsé.

Placenta discoïde, pesant 480 grammes, légèrement Chateaubriand.

Mensuration des membranes : 30/6.

Insertion vélamenteuse du cordon.

OBSERVATION XII

Année 1909, n° 1129. — B. A..., dix-neuf ans, employée de commerce.

Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques et pathologiques.

Réglée à treize ans, régulièrement ; durée : quatre jours.

Les dernières règles sont apparues du 20 au 24 novembre 1908 ; cette femme est donc dans le huitième mois de sa grossesse au moment de son accouchement, le 8 juillet 1909 ; pendant sa grossesse, elle consulte une sage-femme qui lui dit que celle-ci évolue normalement.

Les derniers rapports sexuels ont eu lieu la veille de l'accouchement.

8 juillet 1909. — A 5 heures du matin, pendant son sommeil, la femme a une hémorragie assez abondante et continue ; elle fait appeler la sage-femme, qui, après avoir donné une injection chaude, fait un tamponnement vaginal. Comme elle continuait à perdre très légèrement, la sage-femme l'envoie à la clinique Baudelocque à 10 h. 30 du matin. A l'examen d'entrée, on fait les constatations suivantes :

Pas d'albumine dans les urines.

Hauteur utérine : 36 centimètres au-dessus du pubis.

Extrémité céphalique en bas, dos à gauche.

Auscultation bonne.

Après enlèvement du tampon vaginal, le toucher fait sentir le col ouvert comme une pièce de 0 fr. 50.

Peu de contractions douloureuses.

On donne aussitôt à la femme une injection chaude à 50 degrés.

A midi ; la femme commence à avoir des contractions régulières ; l'écoulement sanguin persiste, mais peu abondant ; le pouls est à 88 pulsations.

A 2 heures de l'après-midi, les contractions utérines sont énergiques, l'écoulement sanguin est abondant, le pouls est à 96. Mlle Rose fait rompre largement les membranes ; le liquide amniotique est opalescent. La tête vient appuyer directement sur l'orifice ; à ce moment, on ausculte et on constate que les bruits du cœur ne sont plus perçus.

A 3 heures, la dilatation est comme une pièce de 5 francs, la tête appuie bien sur l'orifice, la femme ne perd plus.

A 4 h. 30, la femme expulse spontanément un fœtus mort, du sexe féminin, pesant 1.550 grammes.

Le placenta est expulsé immédiatement après le fœtus,

accompagné de caillots volumineux ; il est discoïde et pèse 480 grammes. Près du bord inférieur existe une large zone aplatie, à laquelle adhère un caillot volumineux.

Rétention partielle des membranes, mensuration impossible.

Après la délivrance, on donne à la femme une injection intra-utérine prolongée.

OBSERVATION XIII

Année 1909, n° 1652. — S. J..., vingt-sept ans, brocheuse.

Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques et pathologiques.

Réglée à seize ans, régulièrement ; durée : trois à quatre jours.

IV-pare : le premier enfant (1904) et le deuxième (1905), élevés au sein maternel, vivants; le troisième (1907), élevé au biberon par une nourrice connue de la mère, vivant.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles sont apparues du 22 au 26 janvier 1909 ; la femme est donc dans le neuvième mois de sa grossesse au moment de l'accouchement ; le 14 octobre 1909. Les derniers rapports sexuels ont eu lieu trois jours avant l'accouchement.

Cette femme n'a pas consulté pendant sa grossesse ; celle-ci évolue normalement jusqu'au 11 septembre ; à partir de cette date, la femme perd du sang à intervalles irréguliers, mais elle continue à vaquer à ses occupations malgré ses pertes.

Dans la matinée du 13 octobre, survient un écoulement sanguin persistant.

14 octobre. — A 1 heure du matin, se produit une hémorragie assez abonnante. La femme vient à la clinique Baudelocque à 2 h. 30 du matin. A l'examen d'entrée, on fait les constatations suivantes :

Facies pâle, lèvres décolorées, pouls à 128-132.

Hauteur utérine : 30 centimètres au-dessus du pubis.

Présentation du siège ; orientation G. T.

Bruits du cœur irréguliers (116-124-100).

Col déhiscent ; membranes intactes, rugueuses. On arrive sur le placenta à droite.

La femme perd en assez grande quantité du sang et des caillots.

A 2 h. 40, on rompt largement les membranes ; le liquide amniotique est normal, légèrement teinté par le sang. On donne à la femme une injection chaude à 50 degrés ; le siège s'engage en G.A. ; l'écoulement sanguin persiste à peine ; les bruits du cœur sont ralentis.

A 6 heures du matin, les bruits du cœur sont à peine perçus.

A 8 heures, nouvel écoulement sanguin assez abondant, M^lle^ Rose conseille d'abaisser le pied, la dilatation est d'une petite paume de main ; les bords de l'orifice utérin sont très souples.

A 8 h. 40, M^lle^ Auremboux procède à l'extraction du fœtus, après avoir abaissé successivement les deux pieds. C'est un garçon mort-né pesant 2.700 grammes.

On pratique immédiatement la délivrance artificielle ; le placenta est en partie adhérent au niveau de la corne droite ; il est extrait assez facilement et pèse 450 grammes.

Mensuration des membranes 41/0, caduque très épaissie.

OBSERVATION XIV

Année 1910, n° 1173. — H. B..., vingt-cinq ans, ménagère.

Rien de particulier dans ses antécédents physiologiques et pathologiques.

Réglée à quinze ans, régulièrement ; durée : quatre à cinq jours.

II-pare, premier enfant en 1909, élevé au sein maternel, vivant.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles sont apparues du 22 au 26 octobre 1909 ; lors de son accouchement, le 1er août 1910, la femme est donc dans son neuvième mois ; elle n'a jamais consulté pendant sa grossesse qui a évolué normalement.

Elle entre à la clinique Baudelocque le 1er août 1910, à 1 h. 15 de l'après-midi ; on fait les constatations suivantes :

Hauteur utérine : 31 centimètres au-dessus du pubis.

Sommet en O.I.G.A.

Auscultation bonne.

Dilatation comme une pièce de 5 francs ; poche des eaux intacte.

Pas d'albumine dans les urines.

La femme perd un peu de sang, on lui donne une injection à 50 degrés ; le suintement sanguin disparaît.

A 1 h. 40, on s'aperçoit que la femme est pâle ; le pouls est à 92 ; la paroi utérine présente une dureté ligneuse ; on ne perçoit plus les bruits du cœur. On pense à une hémorragie rétro-placentaire et on rompt les membranes ; le liquide qui s'écoule est opalescent.

A 2 h. 10, la dilatation est complète.

A 2 h. 20, expulsion spontanée d'un enfant qui ne présente aucun battement cardiaque et ne peut être ranimé ; la femme expulse aussitôt après l'enfant un placenta qui présente une cupule très nette au niveau de laquelle on trouve un volumineux caillot rouge, pesant 250 grammes. Le placenta est bordé et pèse 450 grammes.

Mensuration des membranes : 32/7.

Insertion centrale du cordon.

CONCLUSIONS

De l'ensemble de ce qui précède, on peut conclure que :

Dans la majorité des cas de souffrance et de mort de l'enfant pendant le travail, il est exact que celui-ci expulse son méconium.

Cependant, dans les cas d'hémorragie grave du travail, quelle qu'en soit la cause, il arrive souvent que l'enfant meure sans que le liquide amniotique se teinte en vert ; donc, dans ces cas, l'enfant n'expulse pas son méconium.

Il nous est impossible d'indiquer nettement les causes de cette exception à la règle générale.

Vu : le Président de la thèse
PINARD

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Ribemond-Dessaignes (A.) et Lepage (G.). — Précis d'Obstétrique.

Farabœuf et Varnier. — Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.

Demelin (F.). — Revue et mémoires d'Obstétrique.

— Obstétrique d'urgence.

Wallich. — Éléments d'Obstétrique.

Dubrisay (L.) et Jeannin (C.). — Accouchement.

Couvelaire. — Bassins viciés (Pratique médico-chirurgicale).

— Cordon ombilical (Pratique médico-chirurgicale).

Bouffe de Saint-Blaise. — Mort apparente du nouveau-né (Pratique médico-chirurgicale).

— Méconium (Pratique médico-chirurgicale).

Fieux (G.). — Dystocie du travail (Pratique médico-chirurgicale).

— Hémorragies de la puerpéralité (Pratique médico-chirurgicale).

— Placenta prævia (Pratique médico-chirurgicale).

Fruhinholz (A.). — Procidence du cordon (Pratique médico-chirurgicale).